



Rapport annuel de gestion

2020–2021

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

POUR
UN MONDE
EN SAN+É

www.ciusss-nordmtl.gouv.qc.ca

Québec 

Rapport annuel de gestion 2020-2021

Production de la Direction adjointe des communications et des relations avec les médias

555, boul. Gouin Ouest
Montréal (Québec) H3L 1K5
ciussnordmtl.ca

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne, sur le site web de l'établissement.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal,
2021

Tous droits réservés

Dépôt légal

ISBN 978-2-550-89193-2 (version imprimée)

ISBN 978-2-550-89194-9 (version PDF)

ISBN : 978-2-550-89195-6 (version électronique)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

TABLE DES MATIÈRES

1. Message des autorités	4
2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	8
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants	9
4. Les résultats au regard du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux.....	21
5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....	25
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	43
7. Les ressources humaines	45
8. Les ressources financières	47
9. État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant.....	50
10. La divulgation des actes répréhensibles	52
11. Les ressources technologiques et informationnelles.....	52

Annexe 1 : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

1. Message des autorités

La COVID-19 a littéralement été au cœur de l'année 2020-2021, provoquant de grands bouleversements pour l'ensemble d'entre nous. Nos relations sociales, nos vies personnelles et familiales, notre façon de travailler : aucune sphère de nos existences n'a été épargnée. À l'image de nos vies, notre organisation a également subi de profonds changements.

À défaut de pouvoir souligner individuellement le travail accompli par chacun de nos plus de 15 000 employés et médecins, nous avons choisi de mettre en lumière dans ce message le superbe travail interéquipes, sans lequel cette difficile lutte contre la COVID-19 aurait été impossible à gagner.

Des renforts accueillis et accompagnés

La première vague a été très éprouvante. Nous apprenions à connaître le virus, et les éclosions dans nos installations étaient malheureusement trop nombreuses. Nous avons vraiment besoin de renforts. La mise en place du programme *Je contribue*, par le gouvernement du Québec, a réellement fait la différence dans cette bataille contre la maladie. L'élan spontané de la population à venir prêter main-forte dans le réseau de la santé et des services sociaux est arrivé à point et nous a fait chaud au cœur.

Au cours de la dernière année, nous avons reçu plus de 18 500 candidatures. Au total, 3 000 personnes ont été embauchées temporairement pour participer aux efforts de lutte contre la pandémie. Aides de services, préposés à l'hygiène et à la salubrité et adjoints administratifs se sont joints à nos équipes, pour ne nommer que ces titres d'emploi. Sur l'ensemble de ces embauches, nous sommes fiers que près des deux tiers (65 %) soient toujours avec nous aujourd'hui. Soulignons également que le processus d'embauche du CIUSSS NIM s'est démarqué par son efficacité et sa convivialité.

La formation accélérée pour les préposés aux bénéficiaires nous a également permis de reprendre notre souffle et d'entrer dans la 2^e vague avec des effectifs en nombre suffisant et surtout, des effectifs formés pour prêter main-forte. Sur les 356 boursiers que notre établissement a accueillis pour la formation de préposé aux bénéficiaires, ce sont 256 nouveaux employés que nous avons eu le plaisir d'accueillir officiellement parmi nous.

Lutter contre l'invisible

Équipement de protection individuelle, zone chaude ou froide, éclosion, distanciation physique, porteur asymptomatique : un nouveau vocabulaire a fait son apparition. Pour nous aiguiller, nous former et nous encadrer, nos équipes multidisciplinaires de prévention et de contrôle des infections se sont montrées indispensables. Elles se sont déployées dans l'ensemble de nos installations, au front, pour lutter contre la propagation de cet ennemi invisible.

Cette lutte a également exigé plusieurs réaménagements des lieux physiques. Création de zones chaudes, construction de chambres à pression négative, aménagement de sites non traditionnels : il a fallu penser les soins autrement, tant dans nos centres hospitaliers, nos CLSC, nos CHSLD, que dans nos centres de dépistage et de vaccination de masse.

Démarré en juin 2020 en pleine pandémie de COVID-19, le projet de construction des unités modulaires de 96 lits en chambre individuelle à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal a permis de maintenir notre capacité et notre offre de soins malgré les circonstances. Ces unités accueillent maintenant, dans des espaces neufs et parfaitement adaptés, des usagers en gastroentérologie, en néphrologie, en cardiologie, en pneumologie et en neurologie.

Soigner en temps de pandémie, personne n'était préparé à cela, mais tout le monde a répondu présent. Soulignons le grand courage des médecins et des équipes cliniques qui, alors que nous connaissions très peu le virus, n'ont pas hésité à soigner les premiers malades. Leur volonté d'aider autrui ne s'est pas essouffée et semaine après semaine, ils ont tout donné pour apprendre sur cette nouvelle maladie et sauver des vies.

Nous avons également tout mis en œuvre pour nous assurer d'offrir les autres soins et services nécessaires à notre population. Un comité de gestion a été formé afin d'accorder la priorité aux usagers requérant une intervention urgente, tels que ceux suivis en oncologie ou présentant d'autres problèmes de santé complexes. De plus, pendant la deuxième vague, nous avons réussi à maintenir notre offre chirurgicale.

Déployer une campagne de dépistage et de vaccination historique

L'aménagement physique des cliniques de vaccination et de dépistage à l'extérieur de nos murs a représenté un important défi logistique pour nos équipes, mais il a été relevé haut la main. Nous avons rapidement été prêts à accueillir la population dans des lieux accessibles, adaptés, confortables et sécuritaires.

Nous n'avons pas hésité non plus à nous déplacer là où les besoins étaient les plus criants. Nous avons développé de nombreux modèles de cliniques : fixe, mobile ou éphémère. Nous avons fait preuve d'agilité et de flexibilité afin de joindre le plus grand nombre de personnes.

Nos équipes d'organisation communautaire et de santé publique ont fait preuve de dynamisme et de sensibilité pour joindre les citoyens. En collaboration étroite avec les partenaires de terrain, nous avons fait preuve de créativité pour sensibiliser les membres de nos communautés au respect des consignes sanitaires, à l'importance du dépistage et bien sûr, de la vaccination.

Pour nos usagers positifs à la COVID suivis par les soins à domicile ou ceux vivant dans un milieu de vie privé, nous avons développé une trajectoire de repérage et de suivi systématique. Ce sont ainsi 687 usagers qui ont bénéficié de ce service unique. Grâce à leur prise en charge rapide, seulement 62 d'entre eux ont dû être dirigés vers une zone chaude en CHSLD.

L'importante campagne de vaccination contre la COVID-19 a été mise en place avec une efficacité redoutable. Notre stratégie de vaccination s'est démarquée comme étant près de la population, dans l'ensemble de notre territoire. Nous avons fait le choix d'être ancrés dans notre communauté et d'offrir une vaccination facile d'accès, dans chacun des quartiers que nous desservons.

Être ensemble à distance

Le virage vers le télétravail est un changement majeur survenu au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal cette année. Alors que l'idée faisait lentement son chemin depuis quelque temps, le tout a dû être déployé à la vitesse grand V au printemps 2020. Plus de 2 000 jetons ont été installés en quelques jours pour permettre aux employés de travailler à distance. Le réseau a également dû être transformé pour faciliter les communications via les plateformes de réunion virtuelle. Malgré les efforts d'adaptation demandés à tous, et grâce à l'efficacité des équipes des technologies de l'information, soutenue par l'implication des gestionnaires dans ce dossier, nous avons su en tirer de nombreux avantages, notamment en ce qui concerne la conciliation travail-vie personnelle.

Nos usagers et leurs proches ont également bénéficié de ces technologies. Un réseau sans fil public a été déployé pour faciliter les communications entre les proches et les usagers alors que les visites en centres d'hébergement et en centres hospitaliers n'étaient pas permises. Notre personnel a aussi contribué à maintenir ce lien si important en rendant possibles des rencontres virtuelles grâce à des téléphones et des tablettes électroniques acquis pour répondre aux nouveaux besoins.

Nous avons également su garder un contact nécessaire avec les usagers qui devaient consulter un professionnel de la santé alors que l'accès à nos installations était restreint. Le déploiement accéléré de la téléconsultation a changé la donne et a permis à nos usagers de maintenir leurs suivis ou d'obtenir une consultation médicale.

Tout au long de la pandémie, continuer d'informer la population avec justesse et en temps opportun est resté au centre de nos priorités. Les stratégies se sont multipliées et ont démontré leur grande pertinence. Nous avons également répondu avec efficacité, transparence et diligence à un nombre record de demandes d'information de la part des médias, de nos partenaires et des élus de notre territoire. Cela a permis de conserver un canal de communication primordial entre nous et la population, ainsi que de préserver la bonne réputation de notre établissement ainsi que des soins et services que nous offrons.

Sortir de sa zone de confort

Toutes nos équipes en ont donné plus que ce qu'il est possible d'imaginer. Elles ont accepté de travailler différemment, de faire des tâches qu'elles n'avaient pas l'habitude de réaliser. La COVID-19 aura amené un esprit de collaboration multidisciplinaire sans précédent. La lutte contre la COVID était la responsabilité de tous : de l'hygiène et la salubrité à la prévention et au contrôle des infections, de l'approvisionnement et la logistique aux soins infirmiers, en passant par l'administration, pour ne nommer que ceux-là, tout le monde s'est investi.

Notre mandat ne s'est pas limité à nos installations. Notre expertise et notre soutien ont été déployés partout sur notre territoire. Soulignons notre accompagnement accru auprès des CHSLD privés, des ressources intermédiaires, des résidences pour personnes âgées, des congrégations religieuses et des établissements de détention. Il faut ajouter à cela notre présence dans les établissements scolaires, où nous avons joué un rôle-conseil primordial pour contrôler la transmission du virus et soutenir les directions d'établissement ainsi que le personnel. Nous n'aurions assurément pas traversé la dernière année sans le soutien de tous.

En terminant, nous tenons à remercier du fond du cœur tous nos employés, médecins, gestionnaires, chercheurs, bénévoles, membres des fondations et divers partenaires. Merci de votre professionnalisme et de votre grand dévouement. Grâce à vous, nous venons de traverser un an de combat acharné pour améliorer, ajuster et adapter nos pratiques, afin de protéger chaque jour davantage de vies.

Nous souhaitons aussi remercier la Croix-Rouge et les Forces armées canadiennes qui ont été présentes à nos côtés et qui ont offert le meilleur d'eux-mêmes, au pire de la crise.

Merci également aux membres du conseil d'administration pour leur engagement, leur confiance et leur soutien constant.

Nous ne pouvons conclure cette année sans avoir une pensée particulière pour nos collègues Marina Thenor Louis, Thong Nguyen et Jean Rigaud Fontaine, ainsi que pour tous nos usagers et résidents, décédés des suites de la COVID-19. Cette année sera toujours tristement teintée par votre départ.

Le président-directeur général



Frédéric Abergel

La présidente du Conseil



Lucy Rodrigues

2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2020-2021 du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- exposent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2021.

Le président-directeur général,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Abergel'.

Frédéric Abergel

3. La présentation de l'établissement et les faits saillants

3.1. L'établissement

Mission

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM) :

- est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS);
- a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, ce qui inclut le volet santé publique;
- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CH, CLSC, CHSLD), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.);
- assume des responsabilités de desserte d'une partie de l'ouest et du nord du Québec pour des services spécialisés et surspécialisés.

Valeurs

- Respect
- Professionnalisme
- Collaboration

Priorités organisationnelles

Ensemble, fiers et passionnés, innovons pour créer un monde en santé. C'est la vision que nous nous sommes donnée. Pour la concrétiser, nous avons ciblé cette année quatre grandes priorités organisationnelles, soit de devenir un CIUSSS :

- attirant et accueillant;
- accessible et excellent;
- ancré dans sa communauté;
- efficient

Mandat universitaire

Le CIUSSS NIM est affilié à l'Université de Montréal. Important partenaire de cette université dans la formation des médecins et des professionnels de la santé, le CIUSSS concentre ses activités de

recherche sur trois principaux pôles : la recherche biomédicale, la recherche sociale et la recherche en santé mentale chez les enfants et les adolescents.

Mandats suprarégionaux

- Traumatologie (nord et ouest du Québec)
- Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Ouest du Québec
- Centre d'expertise en traumatismes crâniens légers (territoire de traumatologie de l'île de Montréal et Laval)
- Centre provincial pour la clientèle tétraplégique ventilo-assistée
- Médecine hyperbare (ouest du Québec)
- Maladie génétique rénale (tout le Québec)
- Centre d'angioplastie primaire et de sauvetage, dans les cas d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (Laurentides, Laval Ouest et territoire du CIUSSS NIM)
- Centre secondaire dans le cadre du continuum de services pour personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (une partie de Laval, l'Hôpital général du Lakeshore et le territoire du CIUSSS NIM)
- Équipe suprarégionale (niveau 3) en cancer du poumon
- Pédopsychiatrie (Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal)

Ressources en santé et services sociaux

Le CIUSSS NIM compte 27 installations offrant des soins et services à la population ainsi qu'un centre administratif, soit :

Quatre hôpitaux et un centre multiservices

- Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal
- Hôpital Fleury
- Hôpital Jean-Talon
- Hôpital en santé mentale Albert-Prévost
- Centre multiservices de santé et de services sociaux Rivière-des-Prairies

Onze centres d'hébergement de longue durée (CHSLD)

- Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci
- CHSLD Auclair
- CHSLD des Bâisseurs
- CHSLD de Cartierville
- CHSLD de La Petite-Patrie
- CHSLD de Saint-Laurent
- CHSLD Laurendeau
- CHSLD Légaré
- CHSLD Paul-Gouin
- CHSLD Paul-Lizotte
- CHSLD Saint-Joseph-de-la-Providence

Six CLSC

- CLSC d'Ahuntsic
- CLSC de Bordeaux-Cartierville
- CLSC de La Petite-Patrie
- CLSC de Montréal-Nord
- CLSC de Saint-Laurent
- CLSC de Villeray

Quatre centres ambulatoires

- Centre de services ambulatoires en santé mentale Grenet
- Centre de services ambulatoires en santé mentale Papineau
- Centre de services ambulatoires en santé mentale Fleury
- Aire ouverte Sauriol

Un centre administratif

- Pavillon Dorion

Sur le territoire du CIUSSS, on trouve également :

- 34 cliniques médicales dont 16 groupes de médecine de famille (GMF) qui comprennent :
 - 2 unités de médecine familiale en GMF (UMF) assurant l'enseignement clinique;
 - 7 groupes de médecine familiale réseau (GMF-R).
- 7 laboratoires d'imagerie médicale.

Territoire

Le territoire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal s'étend sur 88 km² et se situe dans la partie nord de l'île de Montréal. Nous desservons les secteurs montréalais suivants, certains partiellement, puisqu'ils s'étendent aussi sur le territoire d'autres CIUSSS :

- Ahuntsic;
- Bordeaux-Cartierville;
- La Petite-Patrie;
- Montréal-Nord;
- Saint-Laurent;
- Villeray.

Population

Comptant plus de 450 000 habitants, le territoire du CIUSSS NIM est le deuxième plus peuplé de la région montréalaise et représente plus du cinquième (22 %) de la population montréalaise totale. Il offre aussi des services spécialisés principalement en traumatologie, en santé respiratoire, en santé cardiovasculaire et en santé mentale à 1,8 million de Québécois.

Le territoire présente également des caractéristiques socioéconomiques particulières puisque la population immigrante est la plus importante à Montréal en nombre d'individus (164 745). Les proportions d'immigrants, tant récents sur 5 ans (9 % contre 7 % pour Montréal) que totaux (40 % contre 34 % pour Montréal) sont les deuxièmes plus élevées de l'île de Montréal.

Ressources d'hébergement

Le CIUSSS NIM est responsable de :

- Plus de 2 451 lits d'hébergement publics;
- 81 lits en gériatrie;
- 716 places en ressources non institutionnelles.

Le territoire du CIUSSS NIM compte également plus de 9550 lits en hébergement privé, répartis entre les CHSLD privés (environ 830 lits), les ressources intermédiaires et unités transitoires de récupération fonctionnelle (URTF) (environ 770 lits), les résidences privées pour aînés (environ 7 000 unités locatives) ainsi que les autres milieux de vie comme les organismes à but non lucratif d'habitation, les congrégations religieuses et les établissements de rééducation (environ 950 lits).

Portrait sociosanitaire des jeunes du territoire

Selon les dernières statistiques disponibles, soit celles de 2016, la proportion des familles monoparentales avec un enfant ou plus est sensiblement la même qu'à l'échelle de Montréal (22 % dans le nord contre 21 % pour Montréal).

Près du tiers (30 %) des enfants de la maternelle du territoire sont vulnérables dans au moins un domaine de développement, proportion comparable à la valeur montréalaise (29 %). À la fin de l'année scolaire 2013-2014, ce sont 543 élèves sortants du secondaire dans ce territoire qui n'ont obtenu ni diplôme ni qualification, ce qui correspond à 16 % des sortants, proportion à nouveau équivalente à celle de Montréal.

Ressources humaines

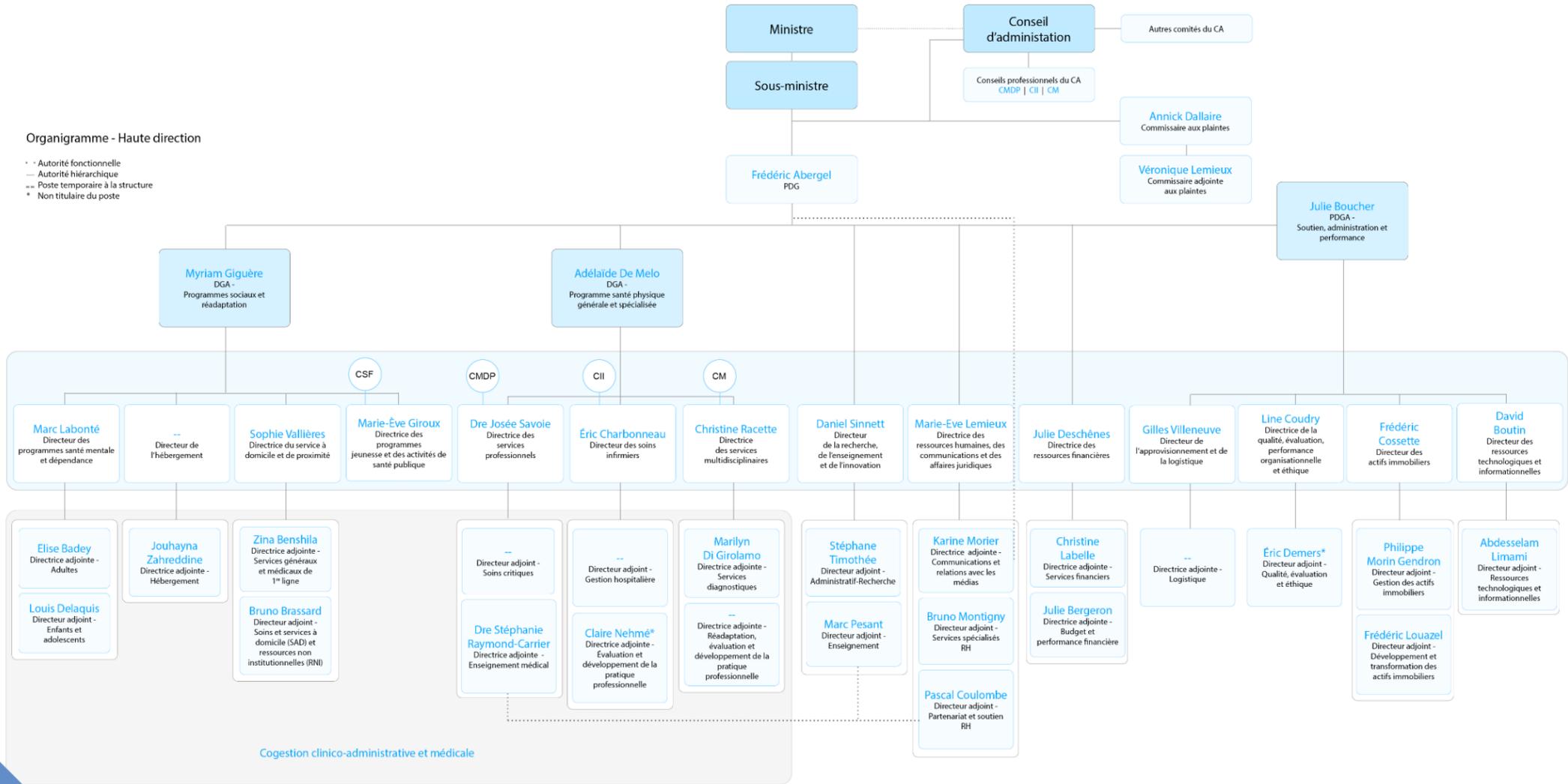
Le personnel

Le CIUSSS NIM compte à son emploi 15 407 personnes. Ce nombre correspond à 10 021 équivalents temps complet.

Structure organisationnelle (en date du 31 mars 2021)

Organigramme - Haute direction

- Autorité fonctionnelle
- Autorité hiérarchique
- Poste temporaire à la structure
- * Non titulaire du poste



POUR UN MONDE EN SAN+É

3.2. Le conseil d'administration

Il n'y a pas eu de signalement d'infraction ou de questionnement éthique en regard des règles du code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration cette année. On peut consulter le code en annexe du présent rapport annuel de gestion.

Membres nommés

M. Frédéric Abergel

Président-directeur général
Secrétaire

Mme Louise Béliveau

Université affiliée

M. Frédéric Bouchard

Université affiliée

Membres désignés

Dr Zahi Abou Chacra

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Mme Lyne Constantineau

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Mme Manon Boily

Conseil multidisciplinaire (CM)

Mme Marilyn Prévost

Comité des infirmières et infirmiers (CII)

Mme Monique Prévost

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Membres indépendants

M. Norman Décarie

Profil : Risques / Finances / Comptabilité

Mme Marianne Le Roux

Vice-présidente

Profil : Expertise en réadaptation

Mme Joséphine Primiani

Comité : Langue anglaise

Profil : Gouvernance et éthique

M. Jean-Pierre Lortie

Profil : Expertise en santé mentale

M. Gladimy Telus

Profil : Protection de la jeunesse

Dr Albert Hajjar

Département régional de médecine générale (DRMG)

Mme Lucie Gérin

Profil : Organisation communautaire

Mme Alida Piccolo

Profil : Expérience à titre d'utilisateur des services sociaux

Mme Lucy Rodrigues

Présidente

Profil : Ressources immobilières, informationnelles ou humaines

M. Jean-Pierre Urbain

Profil : Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité

Membre observateur

M. Mickaël Vachon

Profil : Fondations du CIUSSS

3.2.1. Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comité de gouvernance et d'éthique

M. Jean-Pierre Urbain

Président - Membre indépendant

Mme Joséphine Primiani

Vice-présidente - Membre indépendant

Mme Manon Boily

Membre désigné

Mme Louise Béliveau

Membre nommé

M. Jean-Pierre Lortie

Membre indépendant

M. Frédéric Abergel

Membre – Président-directeur général

Comité de vérification

Mme Marianne Le Roux

Présidente – Membre indépendant

M. Jean-Pierre Urbain

Membre indépendant

M. Gladimy Telus

Membre indépendant

M. Mickaël Vachon

Membre observateur

Mme Lucie Gérin

Membre indépendant

Vacant

Membre

Mme Julie Deschênes

Membre - Directrice des ressources
financières

M. Frédéric Abergel

Membre - Président-directeur général

Comité de vigilance et de la qualité

Mme Alida Piccolo

Présidente – Membre indépendant

Mme Lucy Rodrigues

Vice-présidente – Membre indépendant et
présidente du CA

Mme Monique Prévost

Membre désigné du CUCI

Mme Joséphine Primiani

Membre indépendant

Mme Annick Dallaire

Membre – Commissaire locale aux plaintes
et à la qualité des services

M. Frédéric Abergel

Membre – Président-directeur général

Comité de révision

M. Norman Décarie

Président – Membre indépendant

Dr Laurent Côté

Membre – Représentant du CMDP

Dr André Beaupré

Membre– Représentant du CMDP

Dr Alain Lévesque

Membre substitut – Représentant du CMDP

Dre Monique Desjardins

Membre substitut– Représentant du CMDP

Mme Marianne Le Roux

Membre substitut— Membre du CA

Comité d'évaluation des mesures disciplinaires

M. Frédéric Abergel

Président - Président-directeur général

Dr Albert Hajjar

Membre désigné

Mme Lucy Rodrigues

Membre indépendant – Présidente du CA

Mme Alida Piccolo

Membre indépendant

M. Jean-Pierre Lortie

Membre indépendant

Comité des ressources humaines

Mme Lucy Rodrigues

Présidente - Membre indépendant et présidente du CA

Mme Lucie Gérin

Vice-présidente - Membre indépendant

Mme Alida Piccolo

Membre indépendant

M. Jean-Pierre Urbain

Membre indépendant

Mme Marie-Ève Lemieux

Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Mme Julie Boucher

Présidente-directrice générale adjointe

Comité de la mission académique

Mme Louise Béliveau

Présidente – Membre nommé

M. Frédéric Bouchard

Membre nommé

Dr Albert Hajjar

Membre désigné

Mme Manon Boily

Membre désigné

Mme Marie-Ève Lemieux

Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
Membre désigné

Dre Stéphanie Raymond-Carrier

Directrice adjointe, enseignement médical
Membre désigné

M. Daniel Sinnott

Directeur de la recherche, enseignement et innovation

Mme Julie Boucher

Présidente-directrice générale adjointe

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (exécutif)

Dr Donald Eddé
Président

Dr Jean Papacotsia
Vice-président

Dre Marie-Michelle Robert
Secrétaire

Dr Tarek Khreiss
Trésorier

Mme Isabelle Boulanger
Conseillère

Dre Monique Desjardins
Conseillère

Dr Thomas Hemmerling
Conseiller

Dr Alain Lévesque
Conseiller

Dr Nicolas Saumart-Dufour
Conseiller

Dr Jean Sharestan
Conseiller

Dr Zouhair Sidani
Conseiller

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général

Dre Josée Savoie
Directrice des services professionnels

Dr Zahi Abou Chacra
Représentant du CMDP au CA

Comité des usagers

Mme Monique Prévost
Présidente-trésorière

M. Yvon Goyette
Vice-président

Mme Hélène Duranleau
Secrétaire

M. Alain Bédard
Conseiller

Mme Nicole Jaouich
Conseillère

M. Patrice Livetan
Conseiller

Mme Francine Pichette
Conseillère

Mme Joyce Shiklanian
Conseillère

Mme Rose Toussaint
Conseillère

Mme Sirane Chitilian
Conseillère

Mme Suzy Chouinard
Conseillère

Conseil des sages-femmes (exécutif)

Mme Amélie Lamarche
Présidente par intérim

Mme Karine Desbois
Vice-présidente

Mme Catherine Reid
Secrétaire

Mme Mounia Amine
Membre

Mme Mélanie Martin
Membre

Mme Marie-Pier Mainville
Responsable des services de sage-femme

Mme Marie-Ève Giroux
Directrice des programmes jeunesse et activités de santé publique

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général

Conseil des infirmières et infirmiers et CIIA (exécutif)

Mme Chantal Voghel
Présidente

Mme Catherine Legault
Vice-présidente

Mme Annie Trottier
Trésorière

Vacant
Secrétaire et agent de communication

Mme Julie Belley
Conseillère en remplacement de Mme
Johannie Bancel-Guénette

Mme Élisabeth Duguay
Conseillère en remplacement de
M. Jean-René Héту

Mme Judeline Dorcéus
Conseillère en remplacement de
Mme Caryne Jean-Baptiste

Mme Isabelle Lussier
Membre coopté

Mme Julie Dufort
Membre coopté en remplacement de
Mme France Plouffe

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général

Mme Adélaïde De Melo
Directrice générale adjointe programme
santé physique générale et spécialisée

Membres observateurs

Mme Kathleen Campos-Cunha
Vice-présidente du CRIIA

Mme Marilyn Prévost
Représentante du CII au conseil
d'administration

Mme Lise Therrien
Présidente du comité des infirmières et
infirmiers auxiliaires

Vacant
Vice-présidente du comité des infirmières et
infirmiers auxiliaires

Conseil multidisciplinaire (exécutif)

M. Steve Cornellier
Président

Mme Annie Denommé
Vice-présidente

Mme Cynthia Prévost
Secrétaire

Mme Lyne Chayer
Trésorière

Mme Patricia Décarie
Responsable des communications

Mme Manon Boily
Membre

Mme Caroline Angers
Membre

M. Étienne Dumais-Roy
Membre

Mme Émilie Noël
Membre

Mme Gervaise Tardif
Membre

Mme Suzie Bilodeau
Membre

Mme Christine Racette
Directrice des services multidisciplinaires

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général

Comité de gestion des risques

Line Coudry

Directrice de la qualité, évaluation, performance et éthique

Éric Demers

Directeur adjoint par intérim de la qualité, évaluation et éthique

Caroline Duchesne

Représentante de la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique

Annick Dallaire

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Vacant

Représentante de la direction des services multidisciplinaires

Irène Ayotte

Représentante de la direction des services multidisciplinaires

Éric Charbonneau

Directeur des soins infirmiers

Orazio La Riccia

Représentant de la direction des services techniques

Vacant

Représentant pour le génie biomédical

Abdesselam Limami

Représentante de la direction des ressources technologiques et informationnelles

Chantal Morrier

Représentante de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Kostadina Linardakis

Représentante de la direction santé mentale et dépendance

Joanne Savard

Représentante de la direction de l'hébergement

Vacant

Représentante de la direction des services intégrés de la première ligne

Chantal Voghel

Représentante du conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Annie Dénommée

Représentante du conseil multidisciplinaire (CM)

Dre Magdalena Duniewicz

Représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Yvon Goyette

Représentant du comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Nicole Huneault

Patiente partenaire

Lucie Blain

Représentante des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF)

Michel Papadopoulos

Représentant de la direction logistique et approvisionnement

3.3 Les faits saillants

Les activités de la dernière année ont profondément été teintées par les nouvelles réalités que la pandémie a imposées sur l'ensemble de nos mandats et responsabilités, aussi bien en services à domicile que dans notre offre de soins et services en première ligne, en CHSLD ainsi que dans nos hôpitaux. Nous avons dû revoir nos façons de faire pour poursuivre nos activités dans les meilleures conditions, tout en assurant la sécurité à la fois de nos usagers et de notre personnel.

Continuité des services

Parmi les principaux défis, notons le recrutement important de personnel via le programme *Je contribue*, destiné à prêter main-forte dans nos installations ainsi que dans les cliniques de dépistage et de vaccination mises en place pour lutter contre le virus. Sur 3000 embauches, 65 % demeurent à notre emploi à ce jour. Nous avons également embauché 256 nouveaux employés qui ont reçu la formation accélérée de préposé aux bénéficiaires.

Dans nos hôpitaux, afin de maintenir notre capacité d'accueil et assurer la continuité des services en contexte de pandémie, nous avons entrepris le projet exceptionnel de construire deux unités modulaires de 96 lits à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, en l'espace de quelques semaines. De plus, un comité de gestion a été formé afin d'accorder la priorité aux usagers requérant une intervention urgente, notamment ceux suivis en oncologie ou présentant des problèmes de santé complexes.

Travail et consultation à distance

Le maintien de la capacité de travail du personnel qui a dû être délocalisé vers le domicile pour contrôler la propagation du virus a aussi exigé tout un tour de force de la part de l'équipe des technologies de l'information. Il a en effet fallu doter chacun, en quelques semaines, des outils nécessaires à la poursuite de ses activités ainsi qu'à la collaboration entre collègues et membres du personnel demeurés en poste dans nos installations.

La téléconsultation a aussi été mise en place pour assurer le lien entre la population et nos cliniciens et éviter les bris de services. De même, nous avons déployé un réseau de communication sans fil à l'intention des usagers dans nos CHSLD et nos hôpitaux afin de leur permettre de garder contact avec leurs proches en période de confinement.

Dépistage et vaccination

Rapidement, au début de la pandémie, nous avons signé des ententes de location qui ont permis la mise en place de quatre cliniques intérieures de grande capacité, consacrées au dépistage et à la vaccination de la population des divers secteurs de notre territoire. Une brigade mobile s'est également mise en branle pour vacciner rapidement les personnes vulnérables dans les résidences et les logements de nos arrondissements, sans compter la tournée dans les principales écoles pour assurer la couverture vaccinale des 12-18 ans. À cela, nous avons ajouté tout un réseau d'unités mobiles, d'abord utilisées pour le dépistage dans tous les quartiers que nous desservons et qui continueront de se déplacer pour rendre le vaccin contre la COVID facilement accessible.

4. Les résultats au regard du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour l'année 2020-2021, aucune entente de gestion et d'imputabilité n'a été conclue entre les établissements et le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Afin de rendre compte des résultats atteints concernant les objectifs du plan stratégique du MSSS, l'établissement doit présenter les résultats pour les indicateurs ci-dessous. La cible nationale du plan stratégique du MSSS n'étant pas celle du CIUSSS NIM pour l'année 2020-2021, elle est inscrite à titre indicatif. La cible 2020-2021 du plan stratégique du MSSS est la cible nationale.

Résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS

ORIENTATION : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES			
Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne			
Indicateur	Résultats Au 31 mars 2020	Résultats Au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 Plan stratégique du MSSS
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	68,30	68,10	83 %
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF (groupe de médecine de famille)	204 296	207 309	5 522 287
<i>Commentaires : CIBLES NON DISPONIBLES POUR LE CIUSSS</i>			
<p>Le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille connaît une baisse de 0,3 % par rapport à l'année 2019-2020, pour un total de 276 597 personnes inscrites auprès d'un médecin de famille (peu importe son lieu de pratique). Cette légère baisse s'explique entre autres par la pandémie de la COVID-19. En effet, les médecins de famille ont été appelés à œuvrer en CHSLD lors des deux premières vagues de la pandémie, en plus d'œuvrer dans les cliniques désignées d'évaluation COVID-19, ce qui a réduit l'offre de services des médecins de famille pour l'inscription de nouveaux usagers. Les prises en charge médicales ont complètement cessé lors de la première vague (du 1^{er} avril au 23 mai 2020). Par la suite, les demandes d'attribution à un médecin de famille ont fait l'objet d'un ralentissement (du 24 mai au 15 août 2020). De plus, nous notons le refus de certains usagers de se présenter aux rendez-vous accordés par les cliniques médicales, par crainte de contracter la COVID-19. Enfin, le départ à la retraite et le changement de pratique de certains médecins ont eu une incidence sur le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.</p> <p>La poursuite du plan d'action pré-pandémie, caractérisé notamment par la relance auprès des médecins pour assurer la prise en charge des usagers et l'accueil de nouveaux effectifs médicaux, devrait favoriser l'amélioration du pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.</p> <p>Le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF, pour sa part, connaît une hausse de 1,5 % par rapport à l'année 2019-2020. Les modèles de pratique hors GMF sont en perte de vitesse avec les départs à la retraite, les nouveaux médecins pratiquant généralement en GMF et en CLSC (centre local de services communautaires). Donc, le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF connaît une hausse et ce, en dépit de la pandémie de la COVID-19.</p>			

ORIENTATION : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES

Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence

Indicateur	Résultats Au 31 mars 2020	Résultats Au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 Plan stratégique du MSSS
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	177 minutes	157 minutes	132 minutes
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière	18,27 heures	19,49 heures	15 heures

Commentaires : CIBLES NON DISPONIBLES POUR LE CIUSSS

Le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire connaît une baisse de 11,3 % par rapport à l'année 2019-2020. Cette amélioration s'explique principalement par une baisse d'achalandage à l'urgence, due à la pandémie de la COVID-19. En effet, le nombre d'utilisateurs ambulatoires qui ont été pris en charge par un médecin connaît une baisse de 16,6 % par rapport à l'année dernière (59 229 usagers en 2020-2021 comparativement à 71 029 en 2019-2020).

Différentes mesures d'amélioration continue et la mise en œuvre d'un projet pilote d'innovation dans l'une de nos urgences devraient favoriser une baisse du délai moyen de prise en charge médicale à cette unité pour la clientèle ambulatoire.

La durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence connaît une hausse de 6,7 % par rapport à l'année 2019-2020. L'enjeu d'accessibilité des lits de courte durée explique entre autres cette augmentation. Cet enjeu découle principalement de la fermeture de 150 à 250 lits en raison de chambres multiples, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

Des travaux organisationnels sur l'amélioration de la fluidité de la clientèle, par le biais des rencontres quotidiennes de suivi des usagers en statut de niveau de soins actifs (NSA), et les travaux du comité de révision du processus d'attribution des lits se poursuivront au cours de la prochaine année afin de favoriser l'amélioration de la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence.

ORIENTATION : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES**Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale**

Indicateur	Résultats Au 31 mars 2020	Résultats Au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 Plan stratégique du MSSS
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	775	519	19 201

Commentaires : CIBLE NON DISPONIBLE POUR LE CIUSSS

Le nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale connaît une baisse significative de 33 % par rapport à l'année 2019-2020. Cette baisse est attribuable à l'ajout de professionnels à la suite d'investissements du MSSS en santé mentale, ce qui a permis une prise en charge des usagers sur la liste d'attente. Nous avons également constaté une diminution des demandes au début de l'année 2020-2021, attribuable en partie à la pandémie de la COVID-19.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance

Indicateur	Résultats Au 31 mars 2020	Résultats Au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 Plan stratégique du MSSS
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	1 019	856	60 671

Commentaires : CIBLE NON DISPONIBLE POUR LE CIUSSS

Le nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance connaît une baisse de 16 % par rapport à l'année 2019-2020. Plus spécifiquement, nous constatons une diminution du nombre de personnes ayant reçu des services de santé courants en dépendance en milieu carcéral, due en grande partie à la pandémie de la COVID-19. En effet, en guise de soutien à la gestion de la pandémie, nous avons dû procéder au délestage de certaines ressources en milieu carcéral et à un prêt d'effectifs dans un centre de détention. De plus, une pénurie de personnel professionnel en milieu carcéral nous contraint à ajuster notre offre de services en fonction des cas prioritaires.

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés

Indicateur	Résultats Au 31 mars 2020	Résultats Au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 Plan stratégique du MSSS
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	752	3 071	40 000
Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	93,8	88,5	85 %

Commentaires : CIBLES NON DISPONIBLES POUR LE CIUSSS

ORIENTATION : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES

Le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois connaît une hausse de 308 % par rapport à l'année 2019-2020. Cette hausse est en grande partie attribuable à la pandémie de la COVID-19. En effet, à la suite des directives du MSSS, nous avons dû modifier notre offre de services lors de la première vague afin de prioriser les cas urgents et oncologiques. Cette mesure s'est appliquée de façon ponctuelle au cours de la deuxième vague selon les ressources disponibles. De plus, la pandémie de COVID-19 nous a contraints à réorganiser nos lieux physiques : installation de zones tampons, révision de la vocation de certaines salles, etc. Ces mesures continuent d'avoir un impact sur les délais d'attente en chirurgie. Le manque de ressources nous oblige également à revoir le nombre de salles d'opération disponibles de façon continue.

L'atténuation graduelle du délestage des chirurgies devrait permettre un rattrapage des retards causés par la pandémie de COVID-19. Des ententes ont également été conclues avec des cliniques médicales privées pour favoriser l'accès plus rapide des usagers à certaines chirurgies. La mise en place d'un comité de vigie en chirurgie afin d'améliorer la performance, l'accessibilité et l'offre de services pour les patients en attente d'une chirurgie ainsi que la reprise des activités du comité de gestion de la liste d'attente devraient favoriser la diminution des délais d'attente. De plus, un plan d'action commun avec le secteur des ressources humaines est en place afin d'augmenter le nombre de ressources œuvrant dans les blocs opératoires.

Le pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours connaît une baisse de 5,7 % par rapport à l'année 2019-2020, ce qui nous permet tout de même d'atteindre la cible 2020-2021 du plan stratégique du MSSS. Cette baisse est en partie attribuable à la pandémie de COVID-19, laquelle a des incidences sur l'offre de services en chirurgie.

Différentes mesures devraient favoriser la hausse du pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours, notamment les rencontres statutaires de planification proactive uniquement dédiées aux chirurgies oncologiques, le suivi de la liste des délais et des spécificités des chirurgies ainsi que l'utilisation d'algorithmes d'interventions visant à baliser les équipes d'admission lors de la planification des chirurgies.

Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile

Indicateur	Résultats Au 31 mars 2020	Résultats Au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 Plan stratégique du MSSS
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	18 434	20 609	364 602
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 243 559	1 335 099	21,3 millions d'heures

Commentaires : CIBLES NON DISPONIBLES POUR LE CIUSSS

Le nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile connaît une hausse de 11,8 % par rapport à l'année 2019-2020, ce qui représente 2 175 personnes supplémentaires desservies. Le nombre total d'heures de services de soutien à domicile, pour sa part, connaît une hausse de 7,4 % par rapport à l'année 2019-2020, ce qui représente 91 540 heures supplémentaires en soutien aux personnes desservies. Malgré le contexte difficile de la pandémie de la COVID-19 où des usagers ont refusé de recevoir des intervenants à leur domicile par crainte de contracter la COVID-19, nous avons rejoint davantage de personnes et intensifié les services comparativement à l'année dernière.

ORIENTATION : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES

Objectif : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles

Indicateur	Résultats Au 31 mars 2020	Résultats Au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 Plan stratégique du MSSS
Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	70,5	95,7	86 %
Pourcentage des premiers services en CLSC (centre local de services communautaires) pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	72,4	69,9	73 %

Commentaires : CIBLES NON DISPONIBLES POUR LE CIUSSS

La proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais connaît une hausse significative de 35,7 % par rapport à l'année 2019-2020, ce qui nous permet de dépasser la cible 2020-2021 du plan stratégique du MSSS.

L'ajout d'une équipe dédiée 0-7 ans dans le cadre du déploiement du programme *Agir tôt* a eu un effet positif sur la prise en charge des usagers. De plus, des projets d'arrimage entre nos services spécifiques et les services spécialisés de notre partenaire, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, favorisent la prise en charge plus rapide des usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

Le pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins connaît une baisse de 3,5 % par rapport à l'année 2019-2020. Différents facteurs expliquent cette baisse :

- Délestage de certaines activités lors de la première vague de la pandémie de COVID-19;
- Refus de certains usagers de se présenter en CLSC, par crainte de contracter la COVID-19;
- Mise en place du protocole de traitement des demandes provenant de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) dans un délai de 30 jours, ce qui a un effet négatif sur nos listes d'attente des autres secteurs des jeunes en difficulté;
- Pénurie de main-d'œuvre malgré plusieurs actions pour pourvoir les postes (plus d'une quinzaine de postes vacants ou non remplacés, soit des travailleurs sociaux, des psychologues, des psychoéducateurs et des éducateurs).

5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément

Le nouveau cycle d'agrément introduit la notion de visites séquentielles. En raison de la situation en lien avec la pandémie de COVID-19 qui sévit actuellement, la visite prévue pour février 2021 a été reportée à l'année 2022. Il s'agira de la troisième séquence du cycle de cinq ans au terme duquel notre agrément, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, sera renouvelé. La troisième visite vise les secteurs de la santé physique et les services généraux.

Suite à la deuxième visite, Agrément Canada a félicité notre organisation pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'elle offre à ses usagers et à sa communauté. Dans le cadre de suivis que l'organisation a dû faire suite à la deuxième visite, la totalité des preuves sera déposée dans les délais requis. Notre organisation utilise, entre autres, de l'information contenue dans le rapport d'agrément et le plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration soulevées.

Depuis le début de la pandémie, le CIUSSS NIM continue à démontrer sa volonté de poursuivre l'amélioration et la consolidation de son offre de services et de maintenir une vigilance sur la sécurité des personnes. Une priorisation des projets organisationnels a été effectuée afin de permettre la poursuite des travaux portant sur des dossiers critiques, dans le but de maintenir la qualité et la continuité de services ainsi que la sécurité des usagers et des employés.

Bien que la troisième séquence ait été reportée, les équipes du CIUSSS NIM continuent d'effectuer un suivi très serré pour s'assurer du respect des exigences des normes d'Agrément Canada.

Certification de la qualité du milieu de vie en hébergement

La situation de la pandémie de la COVID-19 a également modifié le calendrier des visites en regard de la qualité des milieux de vie en hébergement. Pour l'année 2020-2021, un seul de nos CHSLD a reçu une visite ministérielle. Il s'agit du CHSLD Laurendeau.

La cote globale assignée aux installations CHSLD par le MSSS se répartit sur quatre niveaux : Très adéquat, Adéquat, Acceptable et Préoccupant. Le CHSLD Laurendeau a reçu la note globale Très adéquate.

Parmi les recommandations formulées, certaines sont à relative à l'aménagement et la sécurité des espaces communs, aux activités sociales, occupationnelles et de loisirs, ainsi qu'à la transmission de l'information entre les intervenants et avec le comité des résidents.

La Direction de l'hébergement, soutenue par la direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique, a développé un plan d'action découlant des recommandations issues des visites. Un suivi auprès du MSSS a été fait dans les six mois suivant la visite.

Dans la reddition de comptes envoyée au MSSS le 11 septembre 2020, sur 7 cibles d'amélioration établies, 5 ont été réalisées et 2 sont en cours de réalisation; les échéanciers sont prévus avant janvier 2022.

Sécurité et qualité des soins et services

Action de promotion, déclaration et divulgation des incidents et accidents

L'année 2020-2021 a connu, à l'image du portrait provincial, un taux de déclaration inférieur aux moyennes des dernières années. Des notes de service rappelant l'importance et l'obligation de déclarer les incidents et accidents ont été diffusées au cours de l'année. On y mentionnait notamment d'ajouter la mention COVID-19 dans la section *Autre* du rapport AH-223 si l'incident ou accident était en lien avec la pandémie de COVID-19. Pour l'année 2020-2021, 204 déclarations d'incidents/accidents étaient liées à la COVID.

Pour les services présentant les diminutions les plus importantes de déclaration, des actions de sensibilisation ont été réalisées auprès des gestionnaires et des équipes cliniques. De plus, des formations ont été offertes au personnel afin de promouvoir la déclaration et la divulgation des accidents et incidents.

Malgré la situation pandémique, la tenue et l'exploitation du registre local des déclarations d'événements indésirables ainsi que le suivi de l'ensemble de ces événements ont été assurés par la Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique. Plusieurs tableaux facilitant le suivi et contribuant à la promotion de la déclaration d'incidents et d'accidents ont été ajoutés aux outils.

La décentralisation de la saisie des rapports d'incidents et d'accidents (AH-223) a dû être suspendue en raison du contexte de la pandémie. Le projet doit reprendre à l'été 2021.

Nature des trois principaux types d'incidents et d'accidents

Au cours de l'année 2020-2021, 10 673 déclarations ont été traitées par le service de gestion des risques. De ce nombre, 11,62 % sont des incidents (gravité A et B) et les trois principaux types d'incidents sont classifiés de nature *Autre*, *Laboratoire* et *Médication*, comme indiqué dans le tableau qui suit. À elles seules, ces trois catégories représentent 7,25 % des déclarations en matière d'incidents et accidents.

Nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B)

Type d'événement	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Autre	484	39,03 %	4,53 %
Laboratoire	175	14,11 %	1,64 %
Médication	115	9,27 %	1,08 %
Total	774	62,42 %	7,25 %
Total CIUSSS A et B	1 240	100,00 %	11,62 %

Incident = situations à risque ou échappée belle, usager non touché

Parmi les 10 673 déclarations traitées en 2020-2021, 77,14 % sont des accidents (gravité C à I). Les trois principaux types d'accidents représentent 66,9 % des incidents et accidents et se répartissent comme suit :

Nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I)

Type d'événement	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chute	4 532	55,05 %	42,46 %
Médicament	1 356	16,47 %	12,70 %
Autre	1 252	15,21 %	11,73 %
Total	7 140	86,72 %	66,90 %
Total CIUSSS C à I	8 233	100,00 %	77,14 %

Parmi les 10 673 déclarations traitées en 2020-2021, 1 200 déclarations n'avaient pas d'indice de gravité d'indiqué, soit 11,24 % des formulaires reçus.

La catégorie « Autre » regroupe plusieurs types d'évènements, notamment :

- Tests diagnostiques
- Problème de retraitement et de dispositifs médicaux
- Problème de matériel/équipement/bâtiment/effet personnel
- Blessure d'origine connue
- Blessure d'origine inconnue
- Bris de confidentialité
- Erreur liée au dossier
- Fugue/disparition (encadrement intensif)
- Événement lié à l'identification
- Obstruction respiratoire
- Plaie de pression, de positionnement

- Tout évènement ne correspondant pas aux catégories décrites précédemment
- Tentative de suicide ou suicide
- Trouvé en possession d'objets dangereux

Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement

Cette année, considérant le contexte de la pandémie, le comité de gestion des risques a annulé ses rencontres statutaires pour permettre à ses membres de se pencher sur les actions urgentes requises par la COVID-19. Le comité de direction a agi à titre de comité de gestion des risques et traité les dossiers qui le nécessitaient.

Chaque année, un certain nombre d'incidents et accidents déclarés sont traités en événement sentinelle et bénéficient d'une analyse approfondie afin de mettre en lumière les mesures à déployer et ainsi d'éviter la récurrence de l'évènement. Voici les mesures mises en place par l'établissement relativement aux principales catégories d'incidents et accidents.

Incidents/accidents liés aux médicaments

Les différentes rencontres d'analyse approfondie relative à l'administration d'une solution de fer (médicament pour le traitement de l'anémie ferriprive) ont permis de :

- faire adopter la fiche clinique pour l'administration de cette solution par le département de pharmacie;
- sensibiliser les équipes des six CLSC du CIUSSS sur l'importance de la surveillance de la perfusion de cette solution.

Incidents/accidents liés au laboratoire

- Assurer la traçabilité des spécimens transmis du lieu de prélèvement ou du lieu d'envoi des spécimens (bloc opératoire, imagerie médicale, endoscopie et clinique externe) vers le laboratoire de l'Hôpital Jean-Talon à l'aide des documents suivants :
 - Outil de traçabilité des spécimens de microbiologie, de biochimie et de spécimens à l'état frais ou allant au formol;
 - Procédures de gestion sécuritaire des spécimens ;
 - Formation sur le répertoire des analyses en laboratoire enregistrée et déposée sur l'ENA (environnement numérique d'apprentissage).
- Assurer une sécurité supplémentaire pour le suivi des tests annulés en laboratoire en imprimant ces annulations (toujours dans la même imprimante).
- Mise en place d'un processus de traçabilité unique pour les requêtes de cytologie :
 - Produire un formulaire local amélioré de cytologie au laboratoire;
 - Partager la procédure pour inscrire les analyses de cytologie à un registre commun;

- Transmettre l'information sur l'importance du processus de traçabilité afin que chaque usagère puisse recevoir son résultat de cytologie en temps opportun.
- Harmoniser le visuel des résultats de COVID-19 entre les laboratoires du CIUSSS pour en faciliter la lecture par les professionnels sur les unités de soins.

Incidents/accidents liés aux autres causes

Matériel :

- Cathéter de dialyse :
 - Utilisation d'hémo clips pour sécuriser la connexion du cathéter de dialyse;
 - Surveillance en continu lors du démarrage d'une thérapie de remplacement rénal;
 - Introduction de nouveaux dispositifs de cathéter de dialyse.
- Délai d'intervention code bleu :
 - Ajouter un défibrillateur en cardiologie pour améliorer la prise en charge d'un arrêt cardiaque;
 - Prévoir une capsule de formation sur l'utilisation et le fonctionnement du défibrillateur et s'assurer qu'au moins 75 % du personnel de cardiologie soit formé;
 - Renforcer les connaissances et optimiser la prise en charge en situation d'arythmie;
 - Ajouter à la formation existante la conduite à tenir lors de situations de syndrome coronarien aigu.

Tentative de suicide ou suicide :

- Renforcer l'évaluation de risque suicidaire des patients qui sont sous évaluation à l'urgence de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, en complétant et en utilisant les outils cliniques existants.

Erreur liée au dossier :

- Rappeler l'obligation de documenter toutes les interventions et les obstacles/problématiques au dossier de l'utilisateur.
- Diffuser un aide-mémoire sur les bonnes pratiques de notes au dossier.

Agression :

- Assurer la formation *Standardisation du code blanc* offerte aux employés de l'urgence.
- Adopter et diffuser la politique *Fouille et saisie sécuritaire et exceptionnelle*.

Appel d'urgence :

- Clarifier la procédure à suivre pour les appels d'urgence faits au médecin de garde.

Incidents/accidents liés aux chutes

- Installer de façon sécuritaire la mesure de contrôle au lit lorsque requis à la suite d'une évaluation.
- Assurer la formation théorique en ligne sur les mesures de contrôle.
- Diffuser aux infirmières et aux préposés aux bénéficiaires la capsule vidéo des soins infirmiers portant sur l'installation de mesures de contrôle au lit, incluant une démonstration pratique.
- Insérer l'outil aide-mémoire de certaines méthodes d'installation de mesure de contrôle.

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Tous les efforts de l'équipe au cours de la dernière année ont été mis sur la gestion de la pandémie de COVID-19 et l'harmonisation des pratiques afin d'assurer la sécurité des usagers et des employés :

- Poursuite des activités d'amélioration continue des pratiques d'hygiène des mains;
- Surveillance des cas et enquêtes épidémiologiques;
- Création et mise à jour constante de protocoles, de procédures et d'outils de référence afin de soutenir les équipes;
- Planification des différentes zones (chaudes, tièdes, tampons)
- Formation et informations aux travailleurs;
- En collaboration avec l'équipe de gestion des actifs informationnels, adaptation des lieux physiques afin de répondre aux normes exigées en matière de distanciation physique et de ventilation.

Le travail de collaboration avec toutes les équipes a permis de consolider les pratiques de prévention et contrôle des infections (PCI) que cette crise sanitaire exige.

Surveillance des infections nosocomiales selon les recommandations de l'INSPQ

Puisque les équipes de PCI ont été complètement mobilisées par la pandémie de COVID-19, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a apporté certains changements concernant la saisie des données pour les programmes de surveillance obligatoire des infections nosocomiales.

Pour les données de surveillance, l'entente avec l'INSPQ exige la saisie des données pour 11 périodes seulement concernant les bactériémies totales. Les autres programmes de surveillance obligatoire ont été complétés : diarrhées à *Clostridium difficile*, bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse, bactériémies à SARM et bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNBC) (pour la saisie des numérateurs et des dénominateurs de ces programmes).

La pandémie a mis en lumière le manque de ressources humaines en prévention et contrôle des infections et a permis la création de plusieurs postes pour l'équipe de PCI.

Une ressource de l'équipe a été notamment consacrée à temps complet aux travaux de construction du Centre intégré de traumatologie, de l'Unité mère-enfant et du Service d'endoscopie.

Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1 de la LSSSS).

Les outils cliniques pour le déploiement des mesures de contrôle ont été développés et approuvés. La finalisation et l'approbation des procédures sont terminées.

La formation visant les professionnels des quatre missions a été développée. Elle comporte trois modules, d'une durée de deux heures, sur les grands principes de la politique sur l'application des mesures de contrôle, les particularités par mission des nouvelles procédures ainsi que les outils cliniques et les consignes d'utilisation. Un registre électronique de suivi des mesures de contrôle a également été déployé pour nos centres hospitaliers et nos centres d'hébergement de soins de longue durée. Ce registre nous permettra de faire des analyses des utilisations. Toutefois, celle-ci demeure disponible sur la plateforme provinciale ENA pour toutes nouvelles embauches ou tous nouveaux employés qui n'ont pas encore eu l'occasion de suivre cette formation.

Des consignes concernant l'utilisation des outils cliniques pour soutenir l'intégration des pratiques sont développées, et sont disponibles sur l'intranet du CIUSSS.

La politique et les procédures pour chacune des missions ont été diffusées au sein du CIUSSS. D'ailleurs, une nouvelle section dans l'intranet a spécifiquement été créée pour les mesures de contrôle dans l'onglet Outils clinique.

Un registre harmonisé des mesures de contrôle a été déployé dans les CHSLD publics en novembre 2020. Les travaux pour l'implantation du registre dans les centres hospitaliers sont à l'étape finale. Un outil informatisé développé par la Direction des ressources technologiques et informationnelles (DRTI) est utilisé à cette fin. Deux guides d'utilisation, l'un pour la santé physique et l'autre pour la santé mentale, ont été développés et sont disponibles à l'intérieur de l'outil informatisé, pour permettre aux utilisateurs d'avoir plus de détails sur l'utilisation de l'outil. Des pilotes et des superutilisateurs sont formés pour aider les utilisateurs. Le déploiement du registre est prévu pour la fin du mois d'avril 2021.

Ce registre permet de remplir des exigences de reddition de comptes, de suivre l'utilisation des mesures de contrôle dans toutes les installations du CIUSSS, et de pouvoir suivre, analyser et améliorer les processus cliniques entourant les mesures de contrôle.

La production du rapport et d'un premier indicateur pour les CHSLD ainsi que pour les hôpitaux est prévue en 2021.

Mesures mises en place par l'établissement à la suite des recommandations formulées par diverses instances

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

En cohérence avec l'approche collaborative privilégiée par le commissariat local aux plaintes et à la qualité des services (CPQS), les mesures d'amélioration découlant de l'examen d'une plainte ou d'une intervention font habituellement l'objet d'engagements de la part des gestionnaires concernés. Les recommandations et engagements qui soulèvent des enjeux plus importants relativement au respect des droits et à la qualité des services font l'objet d'un suivi au comité de vigilance et de la qualité (CVQ).

Il est à noter qu'en raison du contexte de la pandémie, le suivi des recommandations du CPQS par le CVQ a été suspendu à compter du mois de mars 2020, et ce, jusqu'en septembre 2020, afin de permettre aux secteurs d'activités concernés de se consacrer entièrement à la lutte contre la COVID-19. Voici les mesures d'amélioration faisant suite aux recommandations dont le CVQ a pu prendre connaissance :

Programmes de santé physique générale et spécialisée

- Analyse des risques de fugue sur une unité dédiée à une clientèle présentant des troubles neurologiques;
- Amélioration de la planification des congés en centres hospitaliers, en concertation avec les proches;
- Respect des horaires de rendez-vous planifiés en téléconsultation dans les cliniques externes des centres hospitaliers;
- Amélioration des communications aux usagers par le personnel;
- Amélioration de la documentation transmise aux usagers non-résidents relativement aux coûts des soins et services offerts à l'urgence;
- Cessation de la facturation de frais aux usagers pour l'obtention de copies de résultats d'exams d'imagerie sur CD-ROM;
- Amélioration des compétences du personnel infirmier au triage concernant l'évaluation des plaies;
- Formation des technologues en imagerie médicale relativement aux stratégies préventives universelles de prévention des chutes.

Programmes sociaux et réadaptation

- Exploration de modalités acceptables pour préserver la dignité d'un usager handicapé;
- Révision du processus de fermeture des épisodes de service dans une clinique externe;
- Amélioration des communications entre l'équipe du soutien à domicile et une résidence privée pour aînés;
- Vigie concernant la qualité des relations entre professionnels et usagers, et la direction d'une résidence privée pour aînés;
- Clarification au personnel des modalités de transport appropriées pour un transfert d'un résident de CHSLD vers l'urgence ou vers un rendez-vous urgent, en fonction de son état de santé;
- Amélioration de la qualité du suivi et de la documentation du dossier par le personnel, ainsi que l'implantation d'un processus d'analyse rétrospective suite aux interventions physiques réalisées auprès des usagers en santé mentale adulte (centre hospitalier);
- Amélioration de l'organisation du travail et des communications pour assurer la révision et l'application du plan thérapeutique infirmier et du plan de soins en CHSLD;
- Implantation d'une modalité de soutien clinique aux intervenants psychosociaux exerçant en ressource intermédiaire.

Soutien, administration et performance

- Formalisation de critères pour l'aménagement des salles d'attente pour tenir compte des enjeux de sécurité relatifs aux sièges rabattables fixés aux murs (strapontins);
- Rehaussement de la qualité de l'entretien ménager dans un CHSLD et dans un CLSC;
- Réparation d'un système qui nuisait à la quiétude dans une installation (bruit interférant avec les thérapies);
- Amélioration de l'accès à l'information pour les usagers, relativement à la procédure pour une réclamation suite à une perte ou un vol de biens personnels;
- Révision d'une décision concernant une réclamation pour perte d'effets personnels, considérant l'incapacité de l'utilisateur de veiller sur ses biens.

Ressources financières

- Annulation et révision de factures pour certains soins et services reçus, basées sur un consentement non valide ou non documenté, sur les règles de facturation ou sur certaines contraintes liées à la pandémie de COVID-19

Médecin examinateur

À l'instar du suivi des recommandations du CPQS, le suivi des recommandations des médecins examinateurs par le CVQ a également été suspendu à compter du mois de mars 2020 dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Voici les mesures d'amélioration, faisant suite aux recommandations, dont le CVQ a pu prendre connaissance :

- Élaboration d'une procédure pour clarifier la prise en charge de l'utilisateur (urgence / unité de soins);
- Amélioration des communications entre médecins;
- Amélioration de la fluidité du parcours des usagers dans un centre hospitalier;
- Amélioration de la tenue de dossiers d'un médecin;
- Tenue de comités d'évaluation de la qualité de l'acte médical pour revoir des situations cliniques problématiques;
- Amélioration des pratiques relatives au sevrage de sonde urinaire;
- Interventions lors d'une situation problématique, notamment en ce qui concerne le partage des gardes dans un service médical d'un centre hospitalier;
- Activités de tutorat pour améliorer les habiletés de communication d'un médecin;
- Amélioration des connaissances du personnel relativement aux infections graves de la gorge;
- Amélioration des compétences du personnel infirmier relativement aux soins de plaies;
- Éducation des usagers relativement aux soins de plaies et la surveillance des complications;
- Analyse du risque potentiel d'une interaction médicamenteuse par le comité d'évaluation de la qualité des services du département de pharmacie;
- Formalisation des informations transmises aux usagères enceintes porteuses du streptocoque B;
- Élaboration d'une procédure d'antibioprophylaxie pour l'installation de néphrostomie percutanée en radiologie;
- Intervention pour assurer la confidentialité des informations provenant d'un tiers dans le cadre de la garde en établissement.

Protecteur du citoyen

La commissaire a également présenté aux membres du comité de vigilance et de la qualité du CIUSSS cinq recommandations du Protecteur du citoyen, émises dans quatre dossiers distincts. Les suivis attendus par le Protecteur au cours de l'année 2020-2021 ont tous été réalisés à la satisfaction de l'instance. En voici un résumé.

Urgence

Recommandation

- Que le CIUSSS revoit avec l'infirmier concerné par le dossier examiné par le Protecteur les habiletés attendues au triage.

- Que le CIUSSS prenne les mesures nécessaires afin que les réévaluations des usagers, selon les délais prescrits par l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence, soient réalisées même lors d'engorgement au triage.
- Que le CIUSSS rappelle au personnel infirmier concerné de ne pas hésiter à tirer parti de la présence de l'utilisateur ou de l'utilisatrice au poste pour les réévaluer.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

- Mise à niveau de la pratique clinique, réalisée avec l'infirmier visé par l'événement.
- Rappel auprès des équipes concernant la réévaluation des usagers en attente de service et implantation d'un suivi du registre des tournées visuelles pour attester que les vérifications sont réalisées. De plus, des caméras permettant une visualisation rapide des salles d'attente ont été installées.
- Formation débutée en mai 2021 et offerte sous la forme d'une capsule obligatoire, dans le cadre du plan global de rehaussement de la qualité des soins sur la thématique du triage et de la réévaluation.

Guichet d'accès DI-TSA-DP

Recommandations

- Que le CIUSSS précise dans la lettre de confirmation de l'inscription aux services en DI-TSA-DP (déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme-déficience physique) de la possibilité de s'adresser au guichet d'accès pour signaler tout changement significatif dans la condition de l'utilisateur et de la possibilité de demander de l'aide en cas de besoin.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

- Modification de la lettre de confirmation d'inscription aux services pour préciser que chaque usager peut interpeller le guichet si sa condition change.

Services d'aide à domicile

Recommandations

- Que le CIUSSS revoit avec l'utilisatrice qui a soumis son dossier au Protecteur l'organisation actuelle de ses services d'aide à domicile et qu'il trouve des solutions quant à la stabilité des horaires et du personnel.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

- Intégration d'une gestionnaire de cas complexe et réalisation, auprès de l'ensemble des auxiliaires aux services de santé et sociaux du CIUSSS, d'un suivi sur le respect des horaires et l'obligation d'aviser les usagers en cas de retard.

Coroner

Pendant l'année 2020-2021, le CIUSSS NIM a reçu 1 061 rapports du Bureau du coroner.

- 13 s'adressaient au CIUSSS et comportaient des recommandations;
- 17 s'adressaient au CIUSSS et ne comportaient aucune recommandation;
- 62 rapports s'adressant à d'autres CIUSSS ont été retenus et acheminés aux directions et services concernés du CIUSSS dans un but d'amélioration continue;
- 1 était adressé à tout le réseau de la santé et des services sociaux, et le CIUSSS NIM en a appliqué les recommandations;
- 971 rapports, envoyés à l'ensemble du réseau, mais qui ne comportaient aucune recommandation pour notre CIUSSS.

Voici un résumé des grandes catégories de recommandations adressées à l'établissement.

Suicide

Recommandation

- Que le CIUSSS NIM revoie la prise en charge de l'utilisateur concerné lors de son hospitalisation.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

- Rappel aux équipes de l'urgence de l'importance de compléter la grille d'évaluation du risque suicidaire en tout temps;
- Mise en place d'un suivi médical de contrôle rapproché pour des usagers présentant des risques suicidaires plus importants;
- Rappel aux équipes de l'urgence de l'importance de transmettre aux usagers des informations pour rejoindre Suicide-Action et le centre de crise de son secteur au besoin;
- Définition des rôles et responsabilité ainsi que des canaux de communication entre les différents points de service de santé mentale.
- Mise en place d'un comité transversal multidisciplinaire pour la prévention du suicide et poursuite de la formation sur la prévention du suicide.

Chutes

Recommandations :

- Que le CIUSSS NIM révise la qualité de l'acte professionnel et des soins.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

- Mesures prises pour prévenir les chutes liées à des symptômes gériatriques présents chez la clientèle en ressources intermédiaires, notamment réviser les plans de travail pour les

préposés aux bénéficiaires, compléter le Plan thérapeutique infirmier en fonction du constat de risque de l'usager au regard des chutes ainsi que des capsules de formations;

- Formation offerte pour déclarer les incidents et accidents sur le formulaire de déclaration papier ou virtuel.

Pratiques professionnelles

Recommandation

- Que le CIUSSS NIM révise le logiciel d'orientation du triage à l'urgence et forme le personnel d'urgence sur les douleurs thoraciques.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

- Révision de l'outil de triage des urgences et formations du personnel de triage aux douleurs thoraciques.

Niveau de soin

Recommandation

- Que le CIUSSS NIM rappelle les règles entourant les mesures de réanimation lorsqu'une personne est trouvée inanimée.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

- Mise en place d'un processus pour vérifier les niveaux de soins/d'intervention médicale à l'admission du résident en hébergement ou temporairement indiquer un niveau de soins.

Fugue

Recommandation

- Que le CIUSSS NIM revoie la qualité des soins et services médicaux sous l'angle de la psychiatrie légale afin de s'assurer que le personnel en connaisse les bases, sache qui contacter s'il a des questions et rappelle l'importance de mettre à jour les coordonnées des usagers hospitalisés.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

- Plusieurs travaux concernant la psychiatrie légale ont été menés au cours de la dernière année : révision et présentation aux secteurs concernés des protocoles de garde en établissement; création de groupes d'avocats expérimentés dédiés à la psychiatrie légale et de psychiatres experts dans le même domaine; un directeur des services professionnels est maintenant de garde 24 heures sur 24 et il est rappelé au personnel de mettre à jour les coordonnées.

Autres instances

- Plusieurs inspections ont eu lieu dans nos différentes installations en lien avec la pandémie. Ces inspections visaient à optimiser les mesures de prévention et contrôle des infections, à apporter les correctifs lorsque nécessaire ainsi qu'à donner de la formation sur les mesures à prendre.
- Les équipes du CIUSSS ont joué un rôle crucial dans le déploiement et le suivi de ces inspections. Au-delà de 1000 inspections ont eu lieu et nous avons implanté chacune des

recommandations qui en ont découlé. Le CIUSSS a également fait preuve d'agilité lors du déploiement des nouvelles orientations dans divers secteurs en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de la Direction de santé publique.

Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

Mises sous garde du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Installation	Total établissement Mission CH
Mise sous garde	
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1133
Nombre de demandes (requêtes) de mise sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	578
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	564
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	632
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	618

L'examen des plaintes et la promotion des droits

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est nommée par le conseil d'administration. Elle est responsable du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle a, entre autres mandats, les responsabilités suivantes :

- Appliquer la procédure d'examen des plaintes ;
- Examiner les dossiers qui lui sont soumis et rendre des conclusions motivées dans les 45 jours suivant le dépôt d'une plainte ;
- Assister les usagers ou veiller à ce qu'une assistance leur soit prêtée;
- Intervenir, de sa propre initiative ou sur signalement, lorsqu'elle a des motifs de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés ;
- Recevoir tous les signalements effectués dans le cadre de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeur en situation de vulnérabilité*;
- Donner son avis sur toute question de sa compétence.

Les moyens utilisés par l'établissement pour permettre à la population d'avoir accès au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sont les suivants :

- Le site Web du CIUSSS NIM (www.ciusss nordmtl.ca), dans la section Satisfaction des services;
- Au bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Lors des activités de promotion et d'information dans les différentes installations du CIUSSS NIM.

L'information et la consultation de la population

Plusieurs outils et activités sont mis de l'avant pour mieux informer et consulter la population de notre territoire, de façon continue. De nouvelles réalisations ont également vu le jour cette année à cet égard, pour faciliter l'accès à nos soins et services et prendre le pouls des besoins de la population.

En raison de la pandémie mondiale de COVID-19 qui sévit depuis le mois mars 2020, la majorité des efforts de communication à la population déployés par le CIUSSS cette année ont été consacrés à la diffusion d'informations entourant la gestion de la pandémie et l'offre de soins et services dans un tel contexte. Ceci n'a toutefois pas empêché l'établissement de jouer le rôle attendu quant à la diffusion des grandes campagnes de santé publique orchestrées par le MSSS et ses partenaires, ainsi qu'à l'information sur les activités de l'établissement et sur ses obligations.

Campagne multicanal de promotion des cliniques de dépistage

Afin d'intensifier la promotion du dépistage, une campagne multicanal a été lancée par le CIUSSS à l'automne 2020. Parmi les initiatives prises pour informer la population et favoriser l'accès au dépistage, notons la réalisation d'une campagne d'affichage ciblée dans plus de 24 abribus et sur 100 autobus de la STM desservant plusieurs secteurs ciblés du nord de l'île de Montréal. Des activités de relations publiques ont aussi été menées pour informer la population de la disponibilité du service. De plus, des dépliants multilingues ont été développés pour outiller notre équipe de l'organisation communautaire qui a sillonné le territoire du CIUSSS afin de rejoindre les populations les plus vulnérables. Ces outils ont également été transmis aux arrondissements et à nos différents partenaires, qui ont participé activement à la promotion des cliniques de dépistage. Nous avons déployé des publications en continu sur les médias sociaux et sur le site web en parallèle pour soutenir l'effort de diffusion de l'information.

Médias sociaux et campagne de promotion auprès des jeunes

Nos médias sociaux relaient en continu à la population des informations variées, permettant de promouvoir les grandes expertises de l'établissement et les grandes campagnes de santé publique, en plus de fournir des informations importantes sur l'établissement.

En cette année de pandémie, les médias sociaux du CIUSSS ont été des outils de prédilection pour rejoindre les jeunes du territoire. En effet, une campagne d'envergure, créée pour et avec les jeunes, a vu le jour afin de leur rappeler l'importance du respect des précautions et du dépistage. Plus de 44 visuels et 8 vidéos sur le port du masque, le respect de la distanciation et le dépistage ont été diffusés sur les médias sociaux du CIUSSS et de ses partenaires en 2020, permettant de rejoindre plus de 112 000 personnes.

Optimisation en continu du référencement du site web du CIUSSS

Nous avons mis en place une stratégie afin d'améliorer le référencement du site web du CIUSSS. Le but : s'assurer que les informations recherchées sur les soins et services offerts à la population par l'établissement apparaissent dans les premiers résultats dans les moteurs de recherche.

Nous avons obtenu des résultats concluants, ce qui a facilité l'accès aux pages contenant les informations les plus recherchées, dont les renseignements sur le dépistage et la vaccination contre la COVID-19, ainsi que sur la vaccination contre l'influenza. Parmi les contenus recherchés, on compte aussi les pages détaillant les modalités d'accès aux soins et services et aux installations.

Promotion de l'accueil psychosocial

Nous avons lancé une campagne multicanale en décembre 2020 pour informer la population sur les services de l'accueil psychosocial. Quatre publications ciblant une problématique spécifique ont paru sur nos médias sociaux. Nous avons aussi réalisé plusieurs actions traditionnelles, incluant la distribution dans les résidences d'un dépliant sur le service. Enfin, une version en créole a été produite et diffusée dans certains secteurs ciblés, grâce aux équipes de l'organisation communautaire du CIUSSS et des partenaires locaux.

Centre d'information

Depuis le début de la pandémie, le centre d'information a été sollicité pour répondre aux questions et inquiétudes de la population, relatives aux soins et services touchés par les plans de contingence. Il permet aux usagers d'obtenir une information juste et rapide. Répondant à 1 500 demandes d'information par jour, il effectue une gestion de bout en bout des requêtes de renseignement dans plus de 40 % des cas, sans transfert d'appel, offrant ainsi un service de qualité qui répond aux besoins de notre population. Durant cette période, le centre d'information a été mandaté pour l'attribution des rendez-vous téléphoniques de vaccination à l'ensemble des employés du CIUSSS NIM et des usagers de son territoire.

Diffusion de l'infolettre à la population

Le CIUSSS a poursuivi la publication régulière de son infolettre à la population, à raison de 10 numéros en 2020-2021. Cette infolettre offre aux abonnés des conseils sur leur santé et leur mieux-être tout en les informant sur les ressources disponibles dans la communauté et sur l'accès aux services de santé et services sociaux dans nos installations.

Séances publiques du conseil d'administration

En plus des séances régulières tenues tous les deux mois par notre conseil d'administration, où la population est invitée à discuter de ses préoccupations avec les membres du conseil et la direction de notre établissement, une séance publique d'information a lieu à l'automne 2020 pour présenter le bilan des activités du CIUSSS pour l'année 2019-2020.

Consultation de la population

Usager partenaire

L'intégration d'usagers dans notre démarche d'amélioration continue marque un tournant important dans la reconnaissance de leur apport essentiel à l'amélioration de la performance de notre établissement. Les usagers vivent ou ont vécu avec la condition clinique donnée. Ils utilisent les soins et services et sont dotés d'une expertise propre, acquise par leur expérience : le savoir expérientiel. Ils sont les seuls à pouvoir transmettre ce savoir et à représenter adéquatement la perspective de l'utilisateur.

Nous sollicitons leur collaboration dans plusieurs démarches d'amélioration clinique et administrative. Leur contribution est également essentielle dans la mise à jour de notre modèle de gestion par trajectoire de soins et de services. Les usagers sont présentement impliqués dans sept groupes de travail : urgence, Aire ouverte, comité d'information aux usagers, programme d'interventions pour premier épisode psychotique (PIPEP), comité d'éthique, développement et révision du formulaire d'arthroplastie. Les travaux de gestion par trajectoires, en collaboration avec des usagers partenaires, ont été momentanément suspendus à cause de la pandémie.

Dans le contexte particulier de la pandémie, l'organisation a dû revoir ses façons de faire pour s'assurer la participation de l'utilisateur partenaire. La virtualisation des rencontres et l'accès au matériel informatique ont été des enjeux majeurs de l'intégration d'usagers dans notre démarche d'amélioration continue.

6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Le groupe interdisciplinaire de soutien pour l'aide médicale à mourir (GIS) a tenu quatre rencontres dans l'année. Il a poursuivi son mandat qui est de :

- Soutenir les médecins et les équipes interdisciplinaires dans le cheminement de toute demande d'aide médicale à mourir (AMM), aussi bien dans l'établissement que dans le territoire du CIUSSS par :
 - La transmission de l'information sur le processus et les protocoles cliniques;
 - Le soutien de proximité aux professionnels dans la réponse et dans le traitement d'une demande;
 - L'élaboration et la bonification d'outils clinico-administratifs en soutien au traitement d'une demande.

Faits saillants

Le contexte de la pandémie de COVID-19 a eu une incidence sur la trajectoire des clientèles bénéficiant de soins palliatifs et de fin de vie, comme le démontrent les données cette année. En comparatif de l'année 2019-2020 :

Soins palliatifs et de fin de vie

- Diminution des personnes desservies en CHSGS (- 19%) et à l'unité de soins palliatifs en CHSLD (- 25%)
- Augmentation de 4 % du nombre de personnes desservies à domicile;
- Augmentation significative du taux des décès à domicile pour les personnes ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie (de 18 % en 2019-2020 à 28 % en 2020-2021).

Aide médicale à mourir et sédation palliative continue

- Diminution des sédations palliatives continues déclarées;
- Stabilisation du nombre de demandes d'aide médicale à mourir;
- Augmentation de 25 % du nombre d'aides médicales administrées;
- Augmentation de la proportion des aides médicales administrées sur le nombre de demandes formulées (de 45 % en 2019-2020 à 57 % en 2020-2021).

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1^{er} avril au 31 mars)

Activité	Information	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	632
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*	230
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	875
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs	S/O
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	21
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	70
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées Pour 2 des AMM administrées : la demande a été formulée en 2019-2020	40
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées ¹	32

*En CHSLD, dans les lits dédiés aux soins palliatifs

1 Ne répond pas aux critères : 1

Décédé ou devenu inapte en cours d'évaluation : 18

Demande retirée pour une autre option thérapeutique : 11

Demandes toujours en cours d'évaluation au 31 mars : 2

7. Les ressources humaines

Répartition de l'effectif en 2020 par catégorie de personnel

	Nombre d'emplois au 31 mars 2020	Nombre d'ETC en 2019-2020
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 652	2 870
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	4 070	3 084
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 553	1 303
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	1 727	1 443
5 - Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *	87	72
6 - Personnel d'encadrement	368	359
Total	11 457	9 131

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

Nombre d'emplois = Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalents temps complet (ETC) = L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

Présentation des données pour le suivi de la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs*

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	
1 - Personnel d'encadrement	
2 - Personnel professionnel	
3 - Personnel infirmier	
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	
6 - Étudiants et stagiaires	
Total 2020-2021	
Total 2019-2020	

Suivi de la loi sur le contrôle des effectifs

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (LGCE) qui vise notamment à assurer une saine gestion des effectifs, la cible fixée par le Conseil du trésor n'a pas été atteinte. L'établissement présente un écart à la cible de 24 480 heures (0,1 %).

Le MSSS a ajusté la cible de l'organisation de 1 840 772 heures, notamment pour reconnaître, à la cible LGCE, une estimation des effets non récurrents de la situation sanitaire de la dernière année et l'annualisation des développements pour l'année en cours.

Le solde de l'écart à la cible s'explique en grande partie par les heures ajoutées à la cible dans le cadre des activités non récurrentes de la situation sanitaire et les heures réelles effectuées dans le cadre de la pandémie. En effet, la gestion de la COVID-19 a grandement influé sur les heures travaillées, notamment les répercussions des différents arrêtés ministériels, les ajouts d'heures en postes, en surcroûts et en heures supplémentaires. Par ailleurs, la difficulté de doter les postes en lien avec les développements occasionnent beaucoup de pression sur la main-d'œuvre. En 2020-2021 l'établissement a poursuivi l'application des mécanismes visant l'attraction et la rétention du personnel, notamment le rehaussement de postes proposant davantage d'emplois à temps complet, ce qui a commencé à réduire l'incidence sur les heures supplémentaires, la main-d'œuvre indépendante et, par conséquent, l'assurance-salaire et les dossiers de la CNESST. Aussi, compte tenu des cibles de réduction budgétaires prescrites par le MSSS, l'établissement devra, dans les prochaines années, viser l'optimisation et l'efficacité des heures travaillées des secteurs.

8. Les ressources financières

L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice précédent	Exercice courant	Variations des dépenses	
	Dépenses	Dépenses	\$	%
Programmes-services				
Santé publique	11 142 359 \$	50 401 624 \$	39 259 265 \$	352,3
Services généraux, activités cliniques et d'aide	34 969 846 \$	37 645 505 \$	2 675 659 \$	7,6
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet Hébergement	158 661 904 \$	206 932 710 \$	48 270 806 \$	30,4
Soutien à l'autonomie des personnes âgées - Volet soutien à domicile et autres	69 585 527 \$	77 725 806 \$	8 140 279 \$	11,7
Déficiences physique	12 657 404 \$	16 058 340 \$	3 400 936 \$	26,8
Déficiences intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme	9 005 439 \$	6 764 460 \$	(2 240 979) \$	(24,8)
Jeunes en difficulté	7 199 316 \$	8 633 085 \$	1 433 769 \$	20
Dépendances	338 764 \$	316 269 \$	(22 495) \$	(6,6)
Santé mentale	77 896 359 \$	88 230 646 \$	10 334 287 \$	13,3
Santé physique	365 163 467 \$	411 303 386 \$	46 139 919 \$	12,6
Programmes soutien				
Administration	70 598 427 \$	87 870 023 \$	17 271 596 \$	24,4
Soutien aux services	83 995 401 \$	114 813 122 \$	30 817 721 \$	36,7
Gestion des bâtiments et des équipements	74 752 956 \$	136 912 937 \$	62 159 981 \$	83,1
Total	975 967 169 \$	1 243 607 913 \$	267 640 744 \$	

Pour plus d'information sur les ressources financières, le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet du CIUSSS (www.ciuSSSnordmtl.ca).

L'équilibre budgétaire

L'exercice financier 2020-2021 a été marqué par la gestion de la crise sanitaire de COVID-19. En effet, les activités relatives à la gestion de la COVID ont représenté 2 330 219 heures travaillées et 282 719 130 \$ de coûts additionnels et pertes de revenus qui font l'objet d'une demande de financement spécifique auprès du MSSS. Par ailleurs, dans ce contexte, plusieurs activités ont été délestées afin de faire face à la situation, ce qui a eu une influence marquée sur le niveau de service, le déploiement des développements et l'actualisation des plans d'amélioration des activités.

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses frais et dépenses en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice.

Le résultat des opérations du fonds d'exploitation indiqué à la page 200 présente un déficit de 8 207 977 \$ principalement attribuable aux mesures d'optimisation budgétaires prescrites par le MSSS dans les dernières années pour lesquelles le CIUSSS doit mettre ses plans d'actions de l'avant.

Le résultat du fonds d'immobilisation se solde quant à lui par un déficit 926 204 \$ causé par la synchronisation lors de l'utilisation des sommes transférées de l'exploitation au fonds d'immobilisation des années antérieures et à la dépense d'amortissement de ces mêmes sommes.

L'établissement présente donc, au 31 mars 2021, un résultat déficitaire global (exploitation et immobilisation) de 9 134 181 \$. Conséquemment, le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal ne respecte pas la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*. L'organisation poursuit ses démarches d'optimisation en misant sur des mesures de gestion visant la rétention du personnel, la gestion des horaires et l'amélioration de la qualité et de la pertinence des services offerts en mettant à contribution la collaboration de l'ensemble des secteurs de l'établissement.

Les contrats de service

**Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus
conclus entre le 1^{er} avril 2020 et le 30 mars 2021**

Type de contrats de service	Nature	Nombre	Valeur
Contrats de service conclus avec une personne physique ¹	COVID	6	861 753 \$
Contrats de service conclus avec une personne physique ¹	HORS COVID	5	322 220 \$
Total des contrats de service conclus avec une personne physique		11	1 183 973\$
Contrats de service conclus avec un contractant autre qu'une personne physique ²	COVID	98	88 696 536 \$
Contrats de service conclus avec un contractant autre qu'une personne physique ²	HORS COVID	214	116 851 568 \$
Total des contrats de service conclus avec un contractant autre qu'une personne physique		312	205 548 104 \$
Total		323	206 732 077 \$

1 Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non, exploitant ou pas une entreprise individuelle.

2 Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commodité ou en participation.

9. État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5, 6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Description des réserves, commentaires et observations	Années	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>				
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition.	2011-2012	0500 Réserve	Aucune, car selon les directives du MSSS.	0620 Non réglé
En raison des limites inhérentes aux procédures d'audit qu'il a pu effectuer dans le cadre de ses travaux, l'auditeur indépendant n'a pas été en mesure d'obtenir les éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne l'exactitude des charges engendrées par la pandémie de COVID-19 et des économies et des pertes de revenus prises en compte.	2020-2021	0500 Réserve	Les coûts et économies de coût ont été comptabilisés conformément aux directives du MSSS.	0620 Non réglé
L'établissement n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec l'indexation et les forfaitaires de l'exercice terminé le 31 mars 2021 de certains corps d'emploi, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2020-2021	0500 Réserve	Ceci est conforme à la directive du MSSS.	0620 Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Années	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées				
Certains établissements du CIUSSS doivent compiler l'unité de mesure "usagers distincts". Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité	2015-2016	0500 Réserve	Sera possible lors de l'intégration dans un système informatique unique des index patients.	0620 Non réglé
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant				
Le résultat des opérations de l'établissement va à l'encontre de la loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement ne doit encourir de déficit à la fin de l'année financière.	2016-2017	0520 Commentaire	L'établissement termine avec un déficit en dessous de 1 %. Un suivi budgétaire rigoureux est réalisé à chaque période financière.	0620 Non réglé
Rapport à la gouvernance				
Les pilotes (employés des services des finances et des ressources humaines) ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux applications de GRF et Virtuo respectivement alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles.	2015-2016	0520 Commentaire	Les profils d'accès de l'application financière Espresso (GRF) ont été révisés et l'octroi de ceux-ci est dorénavant réalisé par la Direction des ressources technologiques et informationnelles (DRTI). Concernant l'appliquatif PaieRh, un processus de vérification des actions effectuées par les pilotes, afin de s'assurer qu'il n'y a pas de création ou de modification non autorisée, est maintenant effectué.	0600 réglé

10. La divulgation des actes répréhensibles

Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics

La procédure visant à faciliter la divulgation d'actes répréhensibles par les personnes œuvrant au sein de l'établissement est entrée en vigueur le 24 mai 2018. Aucune divulgation n'a été recensée au 31 mars 2021.

11. Les ressources technologiques et informationnelles

Bien qu'elle ait été étroitement associée à la pandémie de COVID-19, qui en a dicté plusieurs priorités, l'année 2020-2021 a permis d'accélérer de nombreux projets de transformation numériques et d'introduire plusieurs d'innovations technologiques dans les pratiques professionnelles. Cette accélération s'est répercutée autant sur les projets planifiés au plan de développement des ressources informatiques (PDRI) que sur les priorités de l'organisation en matière technologique.

Projets planifiés au PDRI

Parmi les réalisations, notre plan de rehaussement des infrastructures informatiques a progressé significativement. Nous sommes en voie de compléter notre couverture WIFI sur l'ensemble de nos sites d'ici la fin de l'année. Nous avons également mis en place des liens internet sécurisés et performants afin de soutenir l'usage grandissant de plateformes de télésanté et de télétravail, au bénéfice de nos professionnels et de notre clientèle.

Nous avons également été en mesure de réaliser des projets prévus à notre plan de rationalisation des systèmes d'information. Nous avons consolidé notre Index patient maître établissement (IPME) et bénéficions désormais d'un système fédérateur d'Index-ADT (Admission-Départ-Transfert) pour l'ensemble de nos sites. Nous sommes en cours de déploiement d'un système centralisé de distribution des médicaments pour tous nos centres d'hébergement. Nous avons également fait des avancées importantes dans la planification des projets permettant l'utilisation de solutions uniques pour la gestion des formulaires électroniques, des rendez-vous et des activités professionnelles, de même que pour l'imagerie médicale. Enfin, nous avons déployé un système de gestion des files d'attente en endoscopie, qui sera ensuite déployé à d'autres secteurs ambulatoires.

Accomplissements liés à la pandémie de COVID-19

Les équipes des ressources informationnelles se sont focalisées toute l'année 2020-2021 sur différentes orientations et directives ministérielles reliées à des éléments clés de la gestion de la pandémie, comme la télésanté et le télétravail.

En regard de la télésanté, nous avons répondu aux demandes de plus d'une cinquantaine d'équipes des services cliniques lors de la 1^{re} vague et sommes impliqués présentement dans plus de 17 projets provinciaux et 11 projets locaux auprès d'équipes de cliniciens de divers secteurs d'activité. Nous avons déployé plus de 1500 abonnements aux plateformes de téléconsultation Reacts/Zoom/Teams pour

assurer une communication professionnel-patient. Nous avons notamment déployé l'outil de collaboration Teams à la grande majorité de notre personnel ainsi qu'à nos médecins. Nous avons également mis à la disposition plus d'une centaine de tablettes électroniques pour faciliter les communications entre résidents et famille en centres d'hébergement. Pour supporter le tout, nous avons mis en place un WIFI public dans toutes nos installations. En regard du télétravail, nous aurons fourni plus de 2400 ordinateurs portables à nos professionnels. Nous avons également implanté une solution de téléphonie IP pour assurer plus de souplesse dans les communications.

Nos équipes ont grandement été impliquées sur le terrain, en toute collaboration, avec les nouvelles équipes cliniques mises en place pour lutter contre la pandémie. Notamment, nous avons installé les équipements requis pour soutenir tous nos centres de dépistage et nos cinq centres de vaccination COVID pour lesquels nos professionnels ont innové en permettant la mise en place de processus 100 % numériques : dépistage, traçabilité et vaccination ainsi que transmission automatisée des résultats négatifs de dépistage. Nous avons également déployé notre dossier médical électronique (DMÉ) auprès des médecins et équipes de soins intensifs à domicile, qui ont soigné la clientèle atteinte de la COVID. La vaste campagne de vaccination a aussi nécessité la mise en place d'un nouveau système téléphonique robuste pour assurer le soutien à notre clientèle.

Finalement, toutes les équipes des ressources informationnelles ont contribué au bon déroulement de l'installation, en un temps record, d'un bâtiment modulaire ajoutant une capacité de 96 lits à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Annexe 1

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

En vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre m-30)

Adopté par le conseil d'administration le 29 mars 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	3
SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	7
SECTION 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS	10
SECTION 4 — APPLICATION	12
ANNEXES	16
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général	
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- a) Aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts ;
- b) Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts ;
- c) Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres ;
- d) Définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions ;
- e) Prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévues par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres, tel que recommandé par le comité de gouvernance et d'éthique au conseil d'administration pour adoption.

Comité d'examen ad hoc : Comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : Conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

LSSSS : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Membre : Membre du conseil d'administration qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances¹.

Renseignements confidentiels : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujéti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

¹ BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- ✓ Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- ✓ Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- ✓ Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- ✓ Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- ✓ Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- ✓ Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et pros crit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations jugées objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel à l'exception de leur participation aux comités de sélection des cadres supérieurs.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
- c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
- d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre se croyant être en conflit direct ou indirect doit le dénoncer par écrit au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nul, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur est soigné au sein de l'établissement ou reçoit des services.

Section 4 – APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les trente (30) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les trente jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

- a) proposer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au moins aux trois (3) ans, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité est composé des membres du conseil d'administration, à l'exclusion des membres du comité de gouvernance et d'éthique. Le comité *ad hoc* peut s'adjoindre, s'il le juge nécessaire et après autorisation du conseil d'administration, de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en

matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure disciplinaire, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait une violation de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen *ad hoc* qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen *ad hoc*, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par

le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

- a) un état des faits reprochés;
- b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
- c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
- d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les

(30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- ☐ Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- ☐ Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- ☐ Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- ☐ S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné (e), _____, membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de- l'Île-de-Montréal, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le 23 mars 2016, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, je m'engage à m'y conformer.

Lieu : Montréal

Date : [aaaa-mm-jj]

Signature du membre :

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance AVIS SIGNÉ

Je, soussigné (e), _____ [prénom et nom en lettres
moulées], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut
de membre indépendant au sein du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de
santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal due aux faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
 membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
 du Nord-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

Δ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

Δ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

Δ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Δ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

4. Autre(s) situation(s)

J'indique ci-dessous une (des) situation(s) non mentionné(e)(s) ci-dessus qui devrai(en)t être déclarée(s) :

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal et à m'y conformer.

_____ Montréal
Signature **Date [aaaa-mm-jj]** **Lieu**

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
président-directeur général et membre d'office du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

Δ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

Δ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

Δ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Δ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

4. Autre(s) situation(s)

J'indique ci-dessous une (des) situation(s) non mentionné(e)(s) ci-dessus qui devrai(en)t être déclarée(s) :

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal et à m'y conformer.

Signature Date [aaaa-mm-jj] Montréal
Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné (e), _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal déclare par la présente :

- ne pas être en conflit d'intérêts
- croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal
Lieu

Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

Je, soussigné (e), _____ estime que le membre
suivant : _____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou
potentiel en regard des faits suivants :

Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance
et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations
fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur
l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*
(RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit
d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal
Lieu

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné (e), _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur, membre du comité d'examen ad hoc.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal
Lieu

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal**

Québec 