

1^{er} AVRIL 2015

31 MARS 2016



RAPPORT ANNUEL

BILAN ET PERSPECTIVES DE L'AN UN

15/16

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'île-de-Montréal*

Québec

1. Message du pdg et du président du ca : enjeux et résultats atteints	3
2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	4
3. Présentation de l'établissement	5
Mission et services offerts	5
Désignation universitaire et principaux services	6
Vocation régionale et suprarégionale	6
Structure de l'organisation	7
Conseil d'administration	8
Comités du conseil d'administration	9
Conseils professionnels	13
Autres comités et instances consultatives	15
Les faits saillants	16
4. Les résultats au regard de l'Entente de gestion et d'imputabilité	26
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	40
Agrément	40
Responsabilité populationnelle en matière de qualité et sécurité des soins et services	40
Sécurité des soins et services	41
Suivi des événements sentinelles	42
Personnes mises sous garde	42
Examen des plaintes et promotion des droits	43
Information et consultation de la population	45
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	47
7. Ressources humaines	48
Tableau des ressources humaines au 31 mars 2016	48
Gestion et contrôle des effectifs	50
8. Ressources financières	51
Rapport de la direction	51
Rapport de l'auditeur indépendant	52
État des résultats	54
État des surplus (déficits) cumulés	56
État de la situation financière	57
État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)	58

État des flux de trésorerie	59
État du suivi des réserves	62
Charges brutes par programmes-services	69
Équilibre budgétaire	70
Contrats de services	70
Notes aux états financiers	71
Sommes reçues par dons, legs et autres formes de cotributions	88
Annexe 1 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de conseil d'administration	89
Annexe 2 Engagement personnel et affirmation d'office du membre du conseil d'administration	113
Annexe 3 Bilan de la Direction de la protection de la jeunesse	114
Signalements traités durant l'année	114
Signalements retenus par problématique	115
Enfants ayant fait l'objet d'un signalement	116
Provenance des signalements traités	117
Nombre d'évaluations/orientations et décisions du directeur provincial	118

1. MESSAGE DU PDG ET DU PRÉSIDENT DU CA : ENJEUX ET RÉSULTATS ATTEINTS

Dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, l'année 2015-2016 restera un tournant. 366 jours de changements d'une ampleur inégalée qui ont mené à la constitution de notre Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal). Au 31 mars, nous avons déjà parcouru beaucoup de chemin et nos avancées sont nombreuses.

Intégrer nos sept établissements constitutifs, situés à l'extérieur de notre territoire pour la majorité d'entre eux, constitue sans aucun doute l'élément fondateur de notre CIUSSS. Une unification rendue possible par le partage de valeurs communes. En filigrane de toutes nos actions : une volonté inébranlable d'offrir un service continu à nos différentes clientèles.

Favoriser et simplifier l'accès aux services à la population, contribuer à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, accroître l'efficience et l'efficacité du réseau demeurent nos mots d'ordre.

Pour asseoir notre CIUSSS sur des bases solides, nous avons créé rapidement une nouvelle structure administrative formée de quatorze directions. Nous avons répété avec rigueur le même exercice au niveau clinique en gardant à l'esprit le maintien et l'amélioration des services à nos usagers.

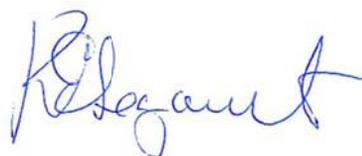
Des balbutiements dynamiques nous ont permis de leur offrir des soins et des services dans un encadrement approprié et adapté à leur condition. Et ce n'est qu'un début.

Nous sommes très fiers de nos nombreuses avancées, dont plusieurs sont rapportées dans le présent rapport annuel de gestion. Sur le terrain, les bénéfices sont concrets. Ils sont le fruit d'une collaboration continue tant à l'interne qu'avec nos partenaires.

Dans la prochaine année, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal continuera sur sa lancée et œuvrera sans relâche pour sa clientèle, centre de ses préoccupations.

Ensemble, le conseil d'administration, la direction, les gestionnaires, le personnel, les médecins, les bénévoles et partenaires, nous réalisons au quotidien notre envie de faire toujours mieux.

Bonne année 2016-2017!



Richard Legault

Président du conseil d'administration



Benoit Morin

Président-directeur général

2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare que 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 2016.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Benoit Morin', with a stylized flourish at the end.

Le président-directeur général

Benoit Morin

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

- Mission et services offerts
- Désignation universitaire et principaux services
- Vocation régionale et suprarégionale
- Structure de l'organisation

MISSION ET SERVICES OFFERTS

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est un établissement offrant des soins et des services de santé intégrés à la population de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-LaSalle, de même qu'aux clientèles de ses installations qui dispensent des soins généraux et spécialisés à la grandeur de l'Île de Montréal ainsi que dans différentes régions du Québec.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a pour mission d'assurer une véritable intégration des services offerts à la population :

- l'établissement est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS) constitué des réseaux locaux de services (RLS) de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-LaSalle;
- il a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- il assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- il veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions, et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- il 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.).

Source : [ministère de la Santé et des Services sociaux](#)

De par la nature de ses établissements constitutifs, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal couvre les cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, lui permettant ainsi d'assurer une meilleure intégration des services offerts à sa population et à ses clientèles. Entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016, l'établissement exploitait :

- quatre centres locaux de services communautaires (CLSC);
- quatre centres hospitaliers (CH), plus précisément trois centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, ainsi qu'un centre hospitalier de soins psychiatriques;
- six centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (DPJ);
- deux centres de réadaptation (CR), dont l'un pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (CRDITED), ainsi qu'un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

DÉSIGNATION UNIVERSITAIRE ET PRINCIPAUX SERVICES

Désigné universitaire en raison de la présence dans sa région sociosanitaire d'une université offrant un programme complet d'études pré-doctorales en médecine, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal compte deux installations ayant une désignation universitaire, soit l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et le Centre hospitalier de St. Mary, ainsi que deux centres de recherche : le centre de recherche de l'hôpital Douglas, accrédité par le FRQS et reconnu comme deuxième centre le plus performant au Canada dans son domaine, et le centre de recherche de St. Mary.

De plus, plus de 3000 stagiaires universitaires sont présents annuellement à la grandeur des installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Ces stagiaires proviennent de milieux académiques variés : étudiants et résidents en médecine, stagiaires universitaires (travail social, ergothérapie, soins infirmiers, droit, etc.) et étudiants aux cycles supérieurs et stagiaires post-doctoraux.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal participe aux activités du Réseau universitaire intégré de l'Université McGill (RUIS McGill), offrant dans les régions desservies par ce dernier plusieurs services spécialisés et ultraspecialisés.

VOCATION RÉGIONALE ET SUPRARÉGIONALE

À ces services s'ajoute le mandat provincial qui revient au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal d'offrir des soins et des services ultraspecialisés dans le domaine des troubles de l'alimentation, ainsi que celui d'offrir des services résidentiels de réadaptation en langue anglaise à tous les jeunes de la province qui les requièrent.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été créé le 1^{er} avril 2015.

En date du 31 mars 2016*, il était constitué des installations suivantes :

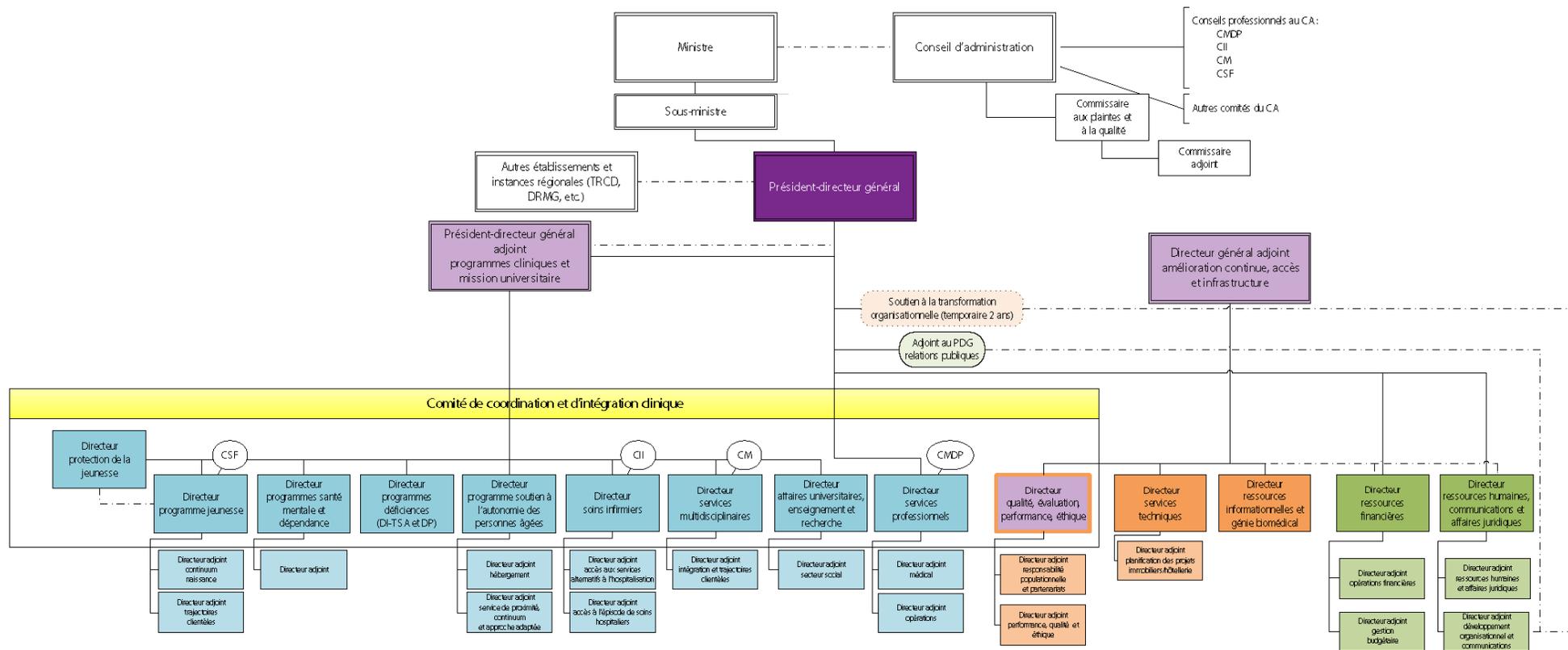
- Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM)
- Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS-DLL)
 - CLSC de Dorval-Lachine
 - CLSC de LaSalle
 - CHSLD Dorval
 - CHDSL Lachine
 - CHSLD LaSalle
 - CHSLD Nazaire Piché
 - Hôpital de LaSalle
- Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île (CSSS-ODI)
 - CLSC de Pierrefonds
 - CLSC du Lac-Saint-Louis
 - CHSLD Denis-Benjamin Viger
 - Hôpital général du Lakeshore
- Centre de soins prolongés Grace Dart (Grace Dart)
- Centre hospitalier de St. Mary (CHSM)
- Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Centres Batshaw)
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (Institut Douglas)

*À compter du 1^{er} avril 2016, l'Hôpital Sainte-Anne vient s'ajouter aux établissements constitutifs du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

* Le territoire du RUIS McGill couvre 63 % de la superficie de la province et comprend les régions suivantes : Nunavik, les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le Nord-du-Québec, l'Est de la région de la Montérégie, l'Outaouais, l'ouest de la Montérégie ainsi que la partie ouest de l'Île de Montréal.

STRUCTURE DE L'ORGANISATION

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

M. Richard Legault	Président Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
M ^{me} Isabelle Brault	Vice-présidente Compétence en gouvernance ou éthique
M. Benoit Morin	Secrétaire Président-directeur général
M ^{me} Claudette Allard	Expertise en santé mentale
M ^{me} Micheline Béland	Comité des usagers
D ^r Samuel Benaroya	Universités affiliées
M. Alain Berinstain	Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
M ^{me} Nada Dabbagh	Comité régional sur les services pharmaceutiques
M ^{me} France Desjardins	Expertise dans les organismes communautaires
M ^{me} Marianne Ferraiuolo	Conseil multidisciplinaire
M. Rafik Greiss	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité et Comité de la langue anglaise
D ^r Nebojsa Kovacina	Département régional de médecine générale
M ^{me} Liette Lapointe	Universités affiliées
M ^{me} Judy Martin	Expertise en protection de la jeunesse
M ^{me} Maya Nassar	Conseil des infirmières et infirmiers
D ^r Suj Sivaraman	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M ^{me} Caroline Storr-Ordolis	Expertise en réadaptation
M. Marcel Villeneuve	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
M. Gary Whittaker	Expertise en réadaptation

Chaque membre du conseil d'administration a prêté serment le 16 décembre 2015 et a signé ce même jour le formulaire « *Engagement personnel et affirmation d'office du membre du conseil d'administration* », lequel se trouve à l'annexe 2 du présent rapport annuel de gestion. Il est aussi possible de trouver le document sur le portail du CIUSSS au www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca.

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

En 2015-2016, le conseil d'administration s'est doté des comités suivants :

Comité de gouvernance et d'éthique

M. Marcel Villeneuve	Président du comité
M. Alain Berinstain	
M ^{me} Marianne Ferraiuolo	
D ^r Nebojsa Kovacina	
M ^{me} Maya Nassar	
M. Richard Legault	Membre ex officio Président du conseil d'administration
M. Benoit Morin	Membre ex officio Président-directeur général

Comité de vérification

M. Rafik Greiss	Président du comité
M ^{me} Claudette Allard	
M ^{me} France Desjardins	
M. Richard Legault	Membre ex officio Président du conseil d'administration
M. Benoit Morin	Membre ex officio Président-directeur général

Comité de vigilance et de la qualité

M ^{me} Judy Martin	Présidente du comité
M ^{me} Micheline Béland	
M ^{me} Isabelle Brault	
M. Benoit Morin	Président-directeur général
M ^{me} Sarah-Beth Trudeau	Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
M. Richard Legault	Membre ex officio, Président du conseil d'administration

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à trois reprises au cours de l'année. Ses activités ont visé le développement des connaissances des membres pour une vision globale de la qualité. Voici quelques faits saillants :

- participation au Colloque d'Engagement Canada;
- élaboration d'une cartographie de toutes les instances qualité de l'organisation qui inclut notamment la notion de client-partenaire;

- planification sur une année de la séquence des présentations de toutes les instances au comité, incluant des présentations par l'ensemble des directeurs de l'offre de services en lien avec les dossiers qualité de leur direction;
- révision du mandat du comité et ajout de la notion de vigie de la qualité associée à la réforme;
- reddition de compte sur la gestion des risques et sur les plaintes et la qualité des services;
- organisation d'une journée thématique portant sur le dépôt des rapports annuels des instances impliquées dans la qualité des soins et services.

Les premières recommandations du comité seront déposées au conseil d'administration de juin 2016.

Comité de révision

M ^{me} Claudette Allard	Présidente du comité
D ^{re} Isabelle Girard	
D ^r Chryssi Paraskevopoulos	

Comité des affaires universitaires

D ^r Samuel Benaroya	Président du comité
M ^{me} Nada Dabbagh	
M ^{me} Liette Lapointe	
D ^r Suj Sivaraman	
M ^{me} Caroline Storr-Ordolis	
M. Richard Legault	Membre ex officio Président du conseil d'administration
M. Benoit Morin	Membre ex officio Président-directeur général

Comité forum de la philanthropie

M. Gary Whittaker	Président du comité
M. Richard Legault	Président du conseil d'administration
M. Jacques Boyer	Fondation du Foyer Dorval
M. David Cescon	Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore
M ^{me} Yolande Chartier	Fondation du CLSC du Vieux La Chine
M. Camille Couturier	Fondation du Centre d'hébergement de Lachine
M. Luciano Di Sante	Fondation de l'Hôpital LaSalle
M. Tom Fisher	Fondation des CLSC du Lac-Saint-Louis et de Pierrefonds
M ^{me} Marisa Giannetti	Fondation de l'Institut Douglas
M ^{me} Karma Hallward	Fondation des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
M. Neil R. Hindle	Fondation de l'Hôpital St. Mary
D ^r Fiore Lalla	Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore
M. Michel Massie	Centre Marc-Vanier
M ^{me} Susan McKercher	Fondation du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger
M. Ian Moodie	Service d'adaptation et d'intégration de Montréal (SAIM)
M ^{me} Elise Nesbitt	Fondation Grace Dart
M. Jacques Nolin	Fondation Taylor-Birks
M. Pierre-Paul Pharand (au 1 ^{er} avril 2016)	Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne

Il existe également un comité des usagers intégré, des comités des usagers continués – ce sont les comités des usagers locaux des sept établissements constitutifs du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal encore existants et actifs et dont les mandats s'intègrent dorénavant à celui du CIUSSS – et des comités de résidents.

Le tableau suivant présente la liste des membres du comité des usagers intégré du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal de même que leur provenance :

Comité des usagers du Centre intégré

M ^{me} Micheline Béland	Présidente Comité des usagers, Dorval-Lachine-LaSalle
M ^{me} Evelyn Meaney	Vice-présidente Comité des usagers, Ouest-de-l'Île
M. John Brkich	Trésorier Comité des usagers, Grace Dart
M. Elgadi Abdelkarim	Comité des usagers, Institut Douglas
M. François Beauregard	Comité des résidents, Centre d'hébergement Nazaire-Piché
M ^{me} Ilona De Montgazon	Comité des usagers, Centres Batshaw
M. Joseph Malko	Comité des usagers, CROM
M ^{me} Patricia McDougall	Comité des usagers, St. Mary
M. Claudel St-Pierre	Comité des résidents, Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger

CONSEILS PROFESSIONNELS

Les quatre conseils professionnels suivants sont institués au sein de l'établissement : le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le conseil des infirmières et infirmiers (CII), le conseil multidisciplinaire (CM) et le conseil des sages-femmes (CSF). Pour la formation des comités exécutifs transitoires (CMDP, CII et CM), une attention particulière a été portée sur la représentativité de l'ensemble du CIUSSS. Les tableaux plus bas présentent d'ailleurs la provenance de chacun des membres.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

D ^r Marcel Fournier	Président St.Mary
D ^r Alfred Homsy	Vice-président Dorval-Lachine-LaSalle
D ^{re} Geneviève Richer	Vice-présidente Ouest-de-l'Île
D ^r Mathieu Walker	Trésorier St. Mary
D ^{re} Barbara Black	Secrétaire Grace Dart
D ^{re} Catherin Duong	Dorval-Lachine-LaSalle
D ^r Tom Kaufman	Ouest-de-l'Île
D ^r Phillippe Lageix	Institut Douglas
D ^r Rolf Loertscher	Ouest-de-l'Île
D ^{re} Chryssi Paraskevelopoulos	St. Mary
D ^r Jacques Tremblay	Institut Douglas
D ^{re} Louise Ayotte	Directrice des services professionnels
M. Benoit Morin	Président-directeur général

Conseil des infirmiers et infirmières (CII) transitoire

M ^{me} Martine Lafleur	Présidente Institut Douglas
M ^{me} Maya Nassar	Vice-présidente Ouest-de-l'Île
M ^{me} Shelja Arya	CROM
M ^{me} Karen Bentley	Centres Batshaw
M. Olivier Bergeron	Grace Dart
M ^{me} Woodeline Dorlean	St. Mary
M ^{me} Diane Major	Dorval-Lachine-LaSalle
M ^{me} Madeleine Senosier	Hôpital Sainte-Anne
M ^{me} Liana Urbanova	Représentante du CIIA
M ^{me} Geneviève Ménard	Directrice des soins infirmiers
M. Benoit Morin	Président-directeur général

Conseil multidisciplinaire

M ^{me} Dominique Dufort	Présidente Grace Dart
M ^{me} Monique Laverdure	Vice-présidente Centres Batshaw
M ^{me} Élisabeth Bellei	Hôpital Sainte-Anne
M ^{me} Monique Bureau	CROM
M ^{me} Laura Costin	Dorval-Lachine-LaSalle
M ^{me} Nathalie Desormeaux	Institut Douglas
M ^{me} Marianne Ferraiuolo	Ouest-de-l'Île
M ^{me} Filomena Novello	St. Mary
M. Mathieu Sabourin	Hôpital Sainte-Anne
M ^{me} Venise Calluzzo	Adjointe à la directrice des services multidisciplinaires
M ^{me} Sophie Ouellet	Directrice des services multidisciplinaires
M. Benoit Morin	Président-directeur général

Comité exécutif du Conseil des sages-femmes

M ^{me} Trista Leggett	Présidente
M ^{me} Cynthia Perreault	Vice-présidente
M ^{me} France Richard	Secrétaire
M. Benoit Morin	Président-directeur général

AUTRES COMITÉS ET INSTANCES CONSULTATIVES

D'autres comités et instances consultatives sont également en place dans l'organisation : comité de coordination et d'intégration clinique, comité d'éthique clinique, comité d'éthique à la recherche, comité de gestion des risques, comité de l'application des mesures de contrôle, etc.

Comité de gestion des risques

M ^{me} Shelja Arya	Présidente Chef de continuum petite enfance et jeunesse
M ^{me} Christiane Léonard	Vice-présidente Responsable des services de sage-femme
M ^{me} Manon Allard	Directrice adjointe accès à l'épisode de soins hospitaliers
M ^{me} Louise Audet	Directrice adjointe hébergement
M ^{me} Brigitte Auger	Directrice programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP)
M ^{me} Susan Gallo	Directrice de la protection de la jeunesse
M ^{me} Anca Ghiran	Chef de service de gestion des risques
M ^{me} Najja Hachimi-Idrissi	Directrice des programmes santé mentale et dépendances
M ^{me} Sylvie Hébert	Pharmacienne
M ^{me} Stéphanie Iasenza	Directrice adjointe des services multidisciplinaires, intégration et trajectoires clientèles
M ^{me} Nelea Lungu-Bezman	Directrice adjointe qualité, performance et éthique
M ^{me} Katherine Moxness	Directrice du programme jeunesse
M ^{me} Merilyne Ng Ah Chey	Usagère
M ^{me} Filomena Novello	Chef de service en ergothérapie et physiothérapie
M. Sylvain Pomerleau	Directeur adjoint des opérations, Services professionnels
<i>Vacant</i>	Membre du CMDP
<i>Vacant</i>	Usager

LES FAITS SAILLANTS

- Dossiers organisationnels
- Des directions en action!

LES GRANDS DOSSIERS ORGANISATIONNELS

Mise en place de la structure organisationnelle

L'année 2015-2016 a bien entendu été marquée par la mise en place de la structure organisationnelle et par la dotation des postes d'encadrement, réalisées dans la perspective de simplifier et de faciliter l'accès aux soins et services ainsi que pour accroître l'efficacité. Toutes les directions du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont été mises à contribution. Les organigrammes ont été revus et reflètent désormais une offre de services intégrée et transversale, qui est appuyée notamment par le choix organisationnel unique au Québec de regrouper toutes les directions cliniques sous la responsabilité de la PDG.

L'intégration de l'Hôpital Sainte-Anne

En cours de l'année 2015-2016, les gouvernements fédéral et provincial ont conclu une entente pour la cession de l'Hôpital Sainte-Anne. La date de l'intégration de l'établissement au sein du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été déterminée pour le 1^{er} avril 2016.

Le succès de cette intégration repose sur une planification très pointue de chacune des étapes du transfert, sur la collaboration de tous les instants entre les cadres de l'Hôpital Sainte-Anne et ceux du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et sur des communications continues. C'est ce qui a été réalisé en 2015-2016 par le CIUSSS.

L'équipe projet de l'établissement coordonnée par la directrice générale adjointe (DG), incluait la participation de presque toutes les directions du CIUSSS, touchées par l'intégration et avait pour objectif de garantir la continuité des soins et services à compter du 1^{er} avril. Au niveau clinique, on parle ici particulièrement de la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSP), de la Direction des programmes santé mentale et dépendances (DPSMD), de la Direction des services professionnels (DSP), de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) et de la Direction des soins infirmiers (DSI).

Bien entendu, la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHC) a été fortement impliquée. Le personnel de l'Hôpital Sainte-Anne a été rencontré à plusieurs reprises afin de lui expliquer la transition. Celle-ci a généré près de 300 mouvements de personnel et plus de 180 embauches et ce, sans que le niveau de service à la clientèle ne soit affecté.

Du côté de la Direction des ressources financières (DRF), des travaux préparatoires à l'arrivée de l'Hôpital Sainte-Anne ont aussi été faits au cours de l'exercice 2015-2016, dont l'implantation d'un tout nouveau système financier ainsi que la mise à niveau des pratiques comptables en lien avec le manuel de gestion financière du MSSS et l'intégration à la charte comptable commune.

Beaucoup de travail a également été réalisé autour des systèmes technologiques. Ceux de l'Hôpital Sainte-Anne étant différents de ceux du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, il a fallu s'approprier ces technologies, soit pour les faire migrer adéquatement dans le nouvel environnement, soit pour bien les maîtriser afin d'offrir un soutien technique adéquat.

Enfin, un dernier point, et non le moindre : les familles et résidents de l'HS² ont été rencontrés à de multiples reprises pour leur offrir des informations sur le projet, la suite des événements et surtout pour les rassurer sur la continuité des soins et des services dispensés aux anciens combattants.

La mise en place de la *Loi concernant les soins de fin de vie*

L'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie* a mobilisé la plupart des directions du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Premier projet organisationnel à être géré totalement en mode CIUSSS, il a permis de mettre à contribution l'expertise de nos ressources et de tester leur intégration.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a déployé une équipe multidisciplinaire afin de s'assurer que les différentes facettes de la loi soient dûment couvertes et incluses dans toute la documentation émise pour les professionnels et le public. Des protocoles, politiques, un code d'éthique, un programme clinique et différents outils, dont un guide de poche et un aide-mémoire ont été produits, distribués et expliqués aux équipes ciblées.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a donc pu répondre aux demandes des patients dès le 10 décembre 2015, date de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

De plus, un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) a été formé et une équipe tactique est disponible pour offrir un soutien aux professionnels de la santé lorsqu'une demande d'aide médicale à mourir est faite. L'encadrement exceptionnel de l'équipe permet d'offrir des services de qualité et des interventions personnalisées au patient et à ses proches, ainsi qu'un soutien à tout le personnel.

Le GIS se rencontre toutes les six semaines; en plus d'être convoqué lorsqu'une demande d'aide médicale à mourir est faite. Chaque intervention est analysée et permet à l'équipe d'améliorer en continu son offre de services et son soutien à la personne en fin de vie.

Agréments : un doublé exceptionnellement bien réussi

L'Institut universitaire en santé mentale Douglas (Institut Douglas) et le Centre de soins prolongés Grace Dart (Grace Dart) ont respectivement mené en mai et en octobre leur processus d'agrément, amorcé avant leur regroupement au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

D'abord, l'Institut Douglas a obtenu un agrément sans condition jusqu'en 2020, avec un taux de conformité aux normes évaluées de 97,3 %. L'Institut Douglas a aussi vu son programme de réinsertion au travail, mis en place en association avec l'organisme Centre d'action, de développement et de recherche en employabilité (C.A.D.R.E.), obtenir la mention de « Pratique exemplaire ».

Du côté de Grace Dart, l'agrément Canada a octroyé à l'installation un agrément avec mention d'honneur en raison du taux de conformité aux normes de 99,58 %. Ce taux fort impressionnant démontre clairement à quel point les employés ont à cœur le mieux-être des résidents, ce qui se reflète au quotidien à travers tous les aspects de la qualité et de la sécurité des soins et services.

Flux des patients

Chapeautées par le Comité de coordination et d'intégration clinique (CCIC) de l'établissement, plusieurs directions se sont réunies pour étudier le flux des patients à l'urgence et mieux comprendre les causes d'engorgement. De cette première démarche est né un projet organisationnel prioritaire visant à améliorer la fluidité des urgences de l'établissement. Les promoteurs du projet sont au nombre de trois : la présidente-directrice générale adjointe, programme clinique et mission universitaire, la directrice générale

adjointe, amélioration continue, accès et infrastructures et la directrice des services professionnels. Ce projet se déroulera pour les deux prochaines années.

Quatorze fondations et autant de partenaires

Le 31 mars, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal comptait 14 fondations. Un ambassadeur, membre du comité de direction, a été nommé pour chacune de ces fondations. Un mécanisme de coordination a été développé par l'entremise de la DG pour préciser les nouveaux modes de collaboration et permettre l'arrimage avec les orientations stratégiques du CIUSSS, des demandes de soutien et des divers projets que souhaitent parrainer les fondations. Le conseil d'administration s'est également doté d'un Comité forum de la philanthropie où siègent des représentants des fondations afin de garder une voie d'accès ouverte avec les dirigeants du CIUSSS.

DES DIRECTIONS EN ACTION!

La Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

Suite à la réforme, les équipes de la DPJ se sont vues assigner de nouveaux territoires, ce qui a aussi engendré des modifications structurelles dont une augmentation du nombre de cliniciens par équipe et une diminution du nombre de gestionnaires cliniques.

Notons que la quantité des signalements retenus et des évaluations complétées ont augmenté depuis l'année dernière. La direction offre par ailleurs les mêmes services à la population, dont un rôle-conseil au niveau de la diversité, un poste créé pour s'assurer spécifiquement que les services de protection de l'enfance tiennent compte de la dimension culturelle. Cela s'est réalisé en collaboration avec la Direction du programme jeunesse. Dans cette perspective, la direction travaille à intégrer les recommandations du rapport de la Commission vérité et réconciliation de 2015.

Avec cette même préoccupation d'enjeux culturels, la DPJ poursuit sa collaboration avec le Réseau de développement et de prévention afro-canadien et le programme d'appui aux familles noires "*Strengthening Black Families – Empowering parents and families*". Ce projet connaît un tel succès que des parents doivent s'inscrire sur une liste d'attente pour participer aux sessions.

Enfin, deux directives sur la pratique clinique ont été complétées : l'une porte sur les enfants exposés à la violence conjugale et l'autre sur la violence dans les relations amoureuses chez les adolescents.

Une annexe au présent rapport annuel de gestion a été ajoutée pour présenter certaines données compilées pour et par la DPJ du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal dans le cadre du Bilan 2016 des DPJ-DP.

La Direction du programme jeunesse

Les services jeunesse ont procédé à une réorganisation majeure en regroupant les services des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw et l'équipe de l'application des mesures. Concrètement, cette façon de faire permet un lien direct entre la 1^{re} ligne fournissant les services psychosociaux et l'équipe de l'application des mesures.

L'équipe de l'Unité familiale des naissances de l'Hôpital de LaSalle a obtenu un rehaussement pour les soins en néonatalogie lui permettant ainsi d'accueillir des bébés prématurés : une marque de confiance envers la qualité des soins offerts à la clientèle.

Il est à noter que les trois centres d'accouchement et la maison des naissances sont maintenant regroupés sous une seule direction, et travaillent ensemble pour partager les meilleures pratiques et les protocoles cliniques.

La division « jeunes en difficulté » intègre complètement les différents niveaux d'intensité de services, de la 1^{re} ligne aux services spécialisés.

La Direction des programmes santé mentale et dépendances (DPSMD)

Le premier projet important de la DPSMD a été de mettre rapidement en place un programme intensif de formation et d'orientation de ses gestionnaires, afin d'assurer la solidité de sa structure d'encadrement. En effet, lors du processus de dotation de la structure d'encadrement, il a été constaté que sur les vingt personnes nommées à un poste d'encadrement de premier niveau au sein de la direction, quatre étaient des nouveaux gestionnaires, tandis que cinq autres étaient nouveaux dans le domaine de la santé mentale. Ce projet a fait l'objet d'une collaboration étroite avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, la Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche et la Direction des soins infirmiers.

La Direction des programmes santé mentale et dépendances a complété la première phase du projet pilote d'évaluation de l'utilisation du R²I-MH (*Resident Assessment Instrument-Mental Health*) comme outil de mesure et d'évaluation au niveau de l'unité de psychiatrie légale. Les résultats sont suffisamment encourageants au niveau de l'appropriation de l'outil par l'équipe et au niveau des impacts cliniques sur la clientèle, pour poursuivre la 2^e phase du projet. Ceci constitue un atout important pour le déploiement futur de la trajectoire en psychiatrie légale, pour laquelle des orientations ministérielles sont en cours d'élaboration et à laquelle le CIUSSS participe.

Outre les multiples cultures organisationnelles, la direction intégrait aussi un institut de santé mentale de renommée mondiale pour lequel une préoccupation majeure liée à sa pérennité existait au sein de sa communauté. Les valeurs mises de l'avant par l'organisation, et l'engagement vis-à-vis de la mission d'institut ajoutés à la crédibilité que le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a réussi à construire, ont permis d'avoir un dialogue positif et d'obtenir la collaboration de tous pour le soutien à la mission.

L'un des premiers projets cliniques mis en branle par la DPSMD est l'accès aux services de 2^e et de 3^e ligne et le flux des patients aux urgences de santé mentale. Un comité de gestion de l'accès hebdomadaire analyse les cas complexes pour orienter le cheminement clinique afin d'éviter les délais indus. Par ailleurs, grâce à une gestion intégrée des lits de santé mentale et des trois urgences psychiatriques, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a réussi à désengorger l'urgence du Centre hospitalier de St. Mary de façon durable, ce qui ne s'était pas produit depuis plusieurs années.

La Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP)

La gestion par programme clientèle mise en place dans le CIUSSS facilite la collaboration entre les directions et du même coup, l'accès à leurs services spécialisés. Par exemple : l'hébergement en moins de 24 heures pour un enfant en crise. Dans ce même ordre d'idée, un projet à l'étude se penche sur la possibilité d'une intégration au travail de cette clientèle dans les établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

La Direction des programmes DI-TS²-DP a développé une structure qui assure une meilleure fluidité et le partage d'expertises entre les services généraux, spécifiques (CLSC) et spécialisés (Centre de réadaptation

en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal - CRDITED). À titre d'exemple, plusieurs postes de coordination englobent dorénavant la 1^{re} et la 2^e ligne, de sorte que les parents naviguent maintenant d'un type de service à un autre de manière transparente, après une seule évaluation et avec une plus grande rapidité d'intervention.

La direction poursuit le travail d'intégration de ses services afin que sa clientèle reçoive le bon service, au bon moment, avec la bonne intensité et sans rupture. Elle a également poursuivi l'implantation des guides de meilleures pratiques, dépassant le niveau requis, s'attirant ainsi la reconnaissance de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

Enfin, la Direction du programme jeunesse et la Direction des programmes DI-TS-DP offrent un accès facilité à leurs services respectifs. Il est ainsi plus facile pour les enfants ayant des troubles de comportement, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme d'accéder aux services spécialisés d'hébergement du programme jeunesse.

La Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)

Pour son volet hébergement, la DPSAPA a d'abord mis l'accent sur la consolidation de son mécanisme d'accès à l'hébergement, a amélioré en continu son offre de services en hébergement et a constitué un comité inter-direction pour le soutien du déploiement « qualité milieu de vie » en centres d'hébergement.

Pour son volet touchant la clientèle hospitalisée, la direction travaille à l'intégration de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier dans l'ensemble des installations. Dans cette perspective, elle a développé un guichet unique pour les services en soins post-aigus et s'est ensuite assurée de l'ajout de places de réadaptation.

Quant au volet maintien à domicile : la DPSAPA a mis en place des mécanismes pour une collaboration accrue visant une meilleure réponse aux besoins de la clientèle en soutien à domicile. Les organismes communautaires ont été rencontrés et sont disposés à collaborer avec la direction.

Par ailleurs, la direction participe au projet de recherche « Implantation de la prise de décision partagée et d'un outil d'aide à la décision auprès des équipes interprofessionnelles de soutien à domicile ». À terme, cet outil permettra aux personnes âgées et à leurs familles de choisir en toute connaissance de cause entre l'option du maintien à domicile et celle de l'hébergement.

Notons également que la DPSAPA a obtenu des pratiques exemplaires pour ses ateliers interactifs en psychoéducation pour les proches aidants et pour son groupe de stimulation cognitive nommé « Neurones en action ». Elle a supervisé des étudiants en soins infirmiers en provenance du Japon et participé au projet-pilote sur l'interprétation des banques de données de la solution informatique du Réseau de services intégrés pour les personnes adultes (RSIP).

Direction des soins infirmiers (DSI)

Le nouvel organigramme de la DSI reflète dorénavant ses mandats, tant au niveau de la responsabilité hiérarchique et de la coordination d'activités des unités de soins des services ambulatoires, que de la fonction transversale associée au développement et à l'élaboration de la politique et au déploiement des trajectoires de soins. Son offre de services tient compte de l'évolution des besoins de la clientèle dans le respect des budgets impartis par une saine gestion des ressources et à l'amélioration de la performance clinique.

À cet égard, la DSI travaille en interdisciplinarité et en complémentarité avec différentes directions cliniques afin de trouver des solutions novatrices pour la mise en place des différents soins intégrés. La direction s'applique également à améliorer la fluidité et l'accès aux services de 1^{re} ligne par le biais d'un guichet unique.

La Direction des services multidisciplinaires (DSM)

La DSM a débuté le déploiement de son offre de services dans une vision de continuité 0-25 ans en collaboration avec la Direction du programme jeunesse et le projet de recherche ACCESS Esprits ouverts. Ainsi, les programmes de pédopsychiatrie ont élargi leur offre de services en repoussant la limite d'âge jusqu'à 25 ans, notamment pour les cliniques TD et TS. Une transformation est également en cours pour structurer l'offre de services pour les troubles alimentaires adolescents, en continuité avec le programme adulte reconnu pour son expertise au niveau provincial et au-delà.

La direction a joué un rôle important dans le projet de fluidité de la clientèle hospitalisée grâce à la mise en place de comités tels que celui sur la réadaptation et celui sur le plan de contingence de l'urgence.

En outre, la nouvelle structure de la DSM permet de miser sur une qualité accrue des services, mais aussi sur l'amélioration de l'expérience patient. Plus spécifiquement, la direction s'est dotée d'une structure pour encadrer les techniciens et professionnels en milieu hospitalier de courte durée et d'une structure de gestion transversale qui facilite l'intégration, l'harmonisation et l'optimisation des pratiques.

La Direction des services professionnels (DSP)

La DSP a commencé des travaux pour l'uniformisation du formulaire des médicaments. La qualité passe par l'uniformisation des pratiques professionnelles, mais aussi, des outils mis en place pour soutenir ces pratiques.

La DSP a également entrepris des travaux pour assurer la mise en place du nouveau programme de financement des groupes de médecine de famille.

Des travaux conjoints effectués par la direction du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et les chirurgiens ont permis de gérer avec plus d'efficacité la gestion des listes d'attente liées au bloc opératoire du Centre hospitalier de St. Mary.

La Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche (DAUER)

Comme direction en développement, la DAUER a tenu diverses rencontres pour aligner son offre de services avec les priorités et besoins de l'organisation. Depuis l'automne 2015, des consultations ont été tenues pour définir la structure de gestion des stages universitaires médicaux et non médicaux.

Des travaux ont aussi été menés pour optimiser et harmoniser les pratiques des deux comités d'éthique de la recherche que compte le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, cela dans le respect des besoins propres aux différentes équipes de chercheurs.

En matière de transfert des connaissances, la direction a organisé avec ses partenaires, trois formations croisées sur des thèmes touchant la santé mentale et rejoignant quelques 600 personnes. Un colloque portant sur l'évaluation et les guides de pratique dans le secteur des services sociaux a été organisé.

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI) mène des travaux pour améliorer la fluidité des urgences et pour guider le développement de services en santé mentale des jeunes.

De façon globale, cela soutiendra aussi la prise de décision dans l'établissement grâce aux données probantes.

La D UER appuie aussi le développement de pratiques de pointe, notamment l'implantation du R I-MH (*Resident Assessment Instrument-Mental Health*, un programme bien établi en Ontario) comme outil d'évaluation et système de suivi des interventions en clinique psychiatrique adulte.

Par ailleurs, l'inauguration du *Centre de recherche translationnelle sur les troubles de l'humeur et le suicide* de l'Institut Douglas a eu lieu le 24 août 2015 en présence du ministre de la Santé et des Services sociaux, Ga tan Barrette. Financ e par le gouvernement du Québec et par un important don de 2 millions de Bell Cause pour la cause, cette infrastructure de recherche à la fine pointe de la technologie permet des avancées majeures au niveau des connaissances en matière de maladies neurodégénératives et psychiatriques.

Dans le cadre de son processus pour obtenir son accréditation auprès du FRQS, le Centre de recherche de l'hôpital Douglas a obtenu une note parfaite pour l'ensemble de ses activités. Deux thèmes ont obtenu la cote « exceptionnelle », tandis qu'un troisième a obtenu une mention d'excellence. L'accréditation au FRQS est un des critères de base pour conserver une désignation d'institut universitaire.

Direction générale adjointe (DGA), amélioration continue, accès et infrastructure et Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l' thique (DQEPE)

La direction générale adjointe a notamment pour rôle de soutenir la transformation. Durant cette première année du CIUSSS, le bureau de soutien à la transformation a été mis en place et le déploiement de salles de pilotage (stratégique, tactiques et opérationnelles) a été amorcé.

Direction adjointe qualité, performance et  thique (DAQPE)

Plusieurs activités d'harmonisation des pratiques ont été faites cette année par l'équipe de la D QPE. L'équipe a par exemple démarré les activités d'intégration et développé un cadre de référence intégrateur de l'amélioration continue de la qualité et de la performance organisationnelle. Ce cadre int grera les notions de qualité et de sécurité des soins et services, de performance et d' thique. La coordination de la performance a par ailleurs entrepris les travaux de développement d'une nouvelle plateforme de production et de distribution automatisée d'outils visant à mesurer la performance et à aider les gestionnaires dans l'atteinte de leurs cibles.

Le CIUSSS a aussi mis en place un comité d'éthique clinique (C C) afin de contribuer de façon juste et éclairée à soutenir les pratiques professionnelles et à apporter des pistes de solutions aux questions et aux problèmes complexes qui lui sont soumis.

Direction adjointe responsabilité populationnelle et partenariats (DARPP)

La direction adjointe responsabilité populationnelle et partenariats a le mandat d'exercer un leadership auprès des directions du CIUSSS et des partenaires pour faire vivre l'approche populationnelle. Les moyens privilégiés sont le renforcement des partenariats existants, la création de nouveaux partenariats et l'actualisation de l'offre de services en santé publique en collaboration avec le réseau territorial. Pas moins de 137 organismes communautaires ont été rencontrés lors d'une tournée pour présenter l'organisation et les principaux intervenants des directions cliniques.

L'arrimage du partenariat avec la santé publique au sein d'une même direction adjointe a permis d'intégrer plus facilement les actions des équipes de santé publique avec les actions des différents partenaires dans le but d'agir collectivement sur les déterminants de la santé prioritaires dans le Plan d'action régional de santé publique.

La première campagne de vaccination influenza populationnelle du CIUSSS a connu un taux de satisfaction de 95 %. L'équipe du Centre d'abandon du tabac des CLSC a soutenu l'Institut universitaire en santé mentale Douglas dans leur objectif de création d'un environnement sans fumée.

Bureau de projet

Le CIUSSS a mis sur pied un bureau de projet pour soutenir l'amélioration des soins et services prodigués à la population de son territoire et à ses différentes clientèles en favorisant les meilleures pratiques en gestion de projet et en amélioration continue.

Parmi les projets les plus importants soutenus durant l'année, on peut mentionner la cession de l'Hôpital Sainte-Énne au CIUSSS qui est devenue effective le 1^{er} avril 2016 et la mise en place des conditions nécessaires à l'entrée en vigueur, en décembre 2015, de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (PL 52).

Mesures d'urgence et sécurité civile

La coordination des mesures d'urgence et de sécurité civile a mis en place un guichet unique accessible par téléphone et par courriel. Il est donc maintenant plus facile de joindre ce secteur particulièrement névralgique pour l'organisation.

La Direction des ressources informationnelles et du génie biomédical (DRIGBM)

Pour plus d'efficacité, la DRIGBM a procédé à la relocalisation d'équipes cliniques et administratives à travers les sept établissements constitutifs du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Au total, plus de 400 employés ont été déménagés. On peut constater que le rapprochement des équipes facilite les communications, permet d'éviter les doublons de services, et de fonctionner avec plus de cohérence. Il s'agit là d'un travail réalisé en collaboration avec la Direction des services techniques.

En conformité avec une demande ministérielle, la DRIGBM a fait migrer près de 1 500 ordinateurs du système d'exploitation *Windows XP* vers *Windows 7* et finalisé un plan d'intégration et de mise à niveau de tous les serveurs des établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Dans un CIUSSS couvrant 185 kilomètres carrés, la technologie joue un rôle vital.

La direction a finalisé un plan d'intégration et de mise à niveau de tous les serveurs des établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Ce plan prévoit la sécurisation et l'archivage des données ainsi que le déploiement d'une solution unique de courriel pour tous les employés.

La direction participe à différents projets provinciaux, dont la planification stratégique pour intégrer les solutions technologiques issues des orientations ministérielles, telles que le dossier patient informatisé.

À noter : la DRIGBM a pris activement part au développement du *Réseau de cancérologie Rossy* (RCN) qui a pour objectif la centralisation des clientèles en oncologie du Centre hospitalier de St. Mary, de l'Hôpital général juif et du Centre universitaire de santé McGill. Cette plateforme pourrait être déployée dans l'ensemble de la province. Enfin, et en mode continu, la direction soutient les projets cliniques courants dans les laboratoires et les pharmacies.

La Direction des services techniques (DST)

L'efficacité des services techniques repose entre autres sur l'uniformisation des pratiques. Dans un premier temps, la DST a donc procédé à l'uniformisation et à la mise en place des pratiques de gestion du personnel des services alimentaires, en collaboration avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

Une analyse d'optimisation des magasins pour un meilleur fonctionnement, une meilleure opérationnalisation des tâches et une diminution des pertes est en cours. Les magasins de l'Hôpital général du Lakeshore et de l'Hôpital de LaSalle se sont munis d'équipements ergonomiques pour faciliter le travail des employés et diminuer les risques d'accident.

La DST collabore activement avec la Direction des services multidisciplinaires pour définir des règles en nutrition clinique qui guideront la création des régimes et des menus avec la Direction programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées.

La DST a uniformisé les pratiques d'hygiène et salubrité alimentaires et mis en place du compostage dans certaines cuisines. Dans la même veine, l'Institut Douglas a obtenu la certification BOM[®] BEST de niveau « OR » pour sa gestion exemplaire en matière de développement durable et son apport à la protection de l'environnement. L'évaluation a été faite selon des indicateurs de performance.

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

La DRHC[®]J a coordonné l'intégration administrative. Elle a développé un service à la clientèle accessible à l'ensemble du personnel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, un service spécifique s'adressant au personnel d'encadrement et un service d'intervention en gestion du changement. Tout cela pour s'assurer d'une transition harmonieuse pour le personnel provenant des établissements constitutifs.

De plus, la DRHC[®]J a déployé des outils de communication interne essentiels à une vision commune, mais aussi au sentiment d'appartenance du personnel. Ainsi, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'est doté d'un bulletin interne et a commencé la consolidation des sites intranet et Internet existants.

Pour le grand public, le site Web donne accès à l'information requise sur le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et les parutions ministérielles. De plus, une ligne téléphonique est disponible pour la population du territoire.

La Direction des ressources financières (DRF)

À la création du CIUSSS, la direction des ressources financières a dû fonctionner avec sept systèmes financiers et paie non intégrés, provenant de différents fournisseurs. Pour pallier à ce défi, une charte comptable commune a été développée ainsi qu'une base de données financière consolidée. Des outils ont aussi été déployés pour émettre des résultats financiers CIUSSS de façon périodique et pour accompagner les directions dans leur suivi budgétaire.

Par ailleurs, la situation financière précaire du Centre hospitalier de St.Mary a été prise en charge dès les premiers mois suivant la création du CIUSSS, en collaboration avec les directions cliniques, les directions administratives et les accompagnateurs désignés par le MSSS. Un processus pour assurer un suivi rigoureux a été mis en place afin d'atteindre l'équilibre budgétaire du CIUSSS pour la présente année financière. Afin de faciliter le travail et d'améliorer l'efficacité, des déménagements ont été effectués et ont permis de réunir plusieurs équipes de la direction. Cette proximité facilite la mise en place de contrôles

internes, le développement de processus communs et uniformes et par conséquent, permet d'offrir un accompagnement adéquat aux directions cliniques et administratives.

Enfin, des travaux ambitieux ont été amorcés dans le cadre de la planification budgétaire pour l'an deux avec un budget établi sur la base de la performance financière.

4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Cette section rend compte des résultats en lien avec l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) conclue avec le Ministre. Elle comprend deux tableaux. Le premier présente les résultats au regard des attentes spécifiques pour le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Le second présente les résultats concernant les objectifs de l'entente. Les résultats obtenus sont mis en contexte et s'accompagnent de commentaires expliquant les écarts, le cas échéant.

Tableaux - Résultats au regard des attentes spécifiques

Résultats au regard des attentes spécifiques			
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement	
Section 1 - Mise en œuvre de la Loi			
1.1	Procédures internes du conseil d'administration	Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	Réalisé
1.2	Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) – (CM) – (CII)	Réalisé
1.3	Examen des plaintes	Processus adoptés pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin dentiste ou pharmacien	Réalisé
1.4	Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	Réalisé
1.5	Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	Réalisé
1.6	Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	Réalisé
1.7	Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	Réalisé
1.8	Programme d'accès en langue anglaise	- ANNULÉ -	s/o
1.9	Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	Réalisé
1.10	Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	Réalisé
Section 2 – Santé publique			
2.1	Priorités régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	Réalisé
Section 3 – Services sociaux			
3.1	Offre de services sociaux généraux	État de situation	Réalisé
3.2	Jeunes et leur famille	Validation des grilles	Réalisé
3.3	Personnes ayant une déficience – Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	Réalisé
3.4	Personnes ayant une déficience –	Ententes de collaboration signée avec les	Pas concerné

Résultats au regard des attentes spécifiques		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
	Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	autres établissements, le cas échéant
3.5	Programme-services Dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance
3.6	Personnes âgées – Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation
3.7	Personnes âgées – L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation
3.8	Personnes âgées – Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation
3.9	Personnes âgées – Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les Appuis régionaux	État de situation
Section 4 – Services de santé et médecine universitaire		
4.1	Accès aux services spécialisés	- ANNULÉ -
4.2	Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire Gestred
4.3	Accès aux services de première ligne	Lettres de confirmation
4.4	Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation
4.5	Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation
4.6	Continuum de services en cardiologie (suivi)	- ANNULÉ -
4.7	Douleur chronique (suivi)	Plan d'action
Section 5 – Finances, Immobilisations et budget		
5.1	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire Gestred
Section 6 – Services de santé et médecine universitaire		
6.1	Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données
6.2	Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1- Plan de travail
		2- Bilan des activités
Section 7 – Planification, performance et qualité		
7.1	Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation

Résultats au regard des attentes spécifiques			
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement	
7.2	Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	- ANNULÉ - s/o	
Section 8 – Technologies de l'information			
8.1	Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	Réalisé
8.2	Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	Réalisé
8.3	Dossier médical électronique (DMÉ)	1- Nom du responsable DMÉ	Réalisé
		2- Plan de soutien	Réalisé
8.4	Rehaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	Réalisé
8.5	La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	1- Planification triennale des projets et activités en RI	Réalisé
		2- Programmation annuelle des projets et activités en RI	Réalisé
		3- Bilan annuel des réalisations en RI	Réalisé
		4- État de santé des projets	Réalisé
8.6	Regroupement des ressources informationnelles	1- État des lieux	Réalisé
		2- Plan d'action pour le regroupement des RI	Réalisé
8.7	Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	Réalisé
8.8	Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	Réalisé

Tableaux : Résultats concernant les objectifs de l'entente

Résultats concernant les objectifs de l'entente				
Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
1.01.19.01-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la	ND	100	ND	<u>1.01.19.01-PS :</u> <ul style="list-style-type: none"> Les éclosions de gastro-entérite dans la communauté et dans les unités de soins de longue durée sont calculées dans le taux nosocomial des centres hospitaliers ce qui augmente l'incidence dans la catégorie comparative. De plus 35% de la population est âgée de 65 ans et plus ce qui augmente la vulnérabilité. <u>1.01.19.02-PS :</u> <ul style="list-style-type: none"> Selon la situation épidémiologique et pratique, il y a eu une augmentation

Résultats concernant les objectifs de l'entente

Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
mission-classe CHSGS)				significative de la prévalence dans une des installations du CIUSSS comparativement à l'année 2013-2014 pour laquelle le résultat était à 0.
1.01.19.02-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	ND	100	ND	<u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de l'hygiène et salubrité avec des formations continues en prévention et contrôle des infections. • Formation élargie de tout le personnel des différents services pour les pratiques de base incluant un volet aseptie et hygiène des mains. • Travaux continus sur les zones grises. • Campagne de sensibilisation sur l'hygiène des mains à travers le CIUSSS.
1.01.24-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	ND	2673	2563	<u>1.01.24-PS :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le but de se conformer aux normes d'analyses de biologie délocalisées (ADBD) exigées par Agrément Canada, les CLSC ont dû cesser certaines pratiques notamment l'utilisation des bandelettes urinaires et réévaluer ces pratiques. <u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Transformation des pratiques de dépistage pour suivre les processus d'analyses de biologie délocalisées. • Reprise des tests en clinique jeunesse et en milieu scolaire, avec une procédure claire et des outils de travail. • Collaboration avec deux écoles aux adultes du territoire.
1.09.25-PS Nombre total de groupe de médecine familiale (GMF)	ND	6	4	<u>1.09.25-PS :</u> <ul style="list-style-type: none"> • L'adhésion au programme GMF est un choix volontaire d'un groupe de médecin. Les médecins travaillant en pratique solo travaillent à changer leur façon de faire et à s'adapter à l'utilisation de nouvelles technologies – Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	ND	50	63,03	

Résultats concernant les objectifs de l'entente

Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
				<p>(PQADMÉ), Dossier santé Québec (DSQ).</p> <p><u>1.09.27-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelque 10 cliniques sur 41 du territoire du CIUSSS fonctionnent avec quatre médecins et plus (nombre minimal de médecins nécessaire pour avoir le minimum de 6000 patients inscrits avec des offres de service étendues) afin de répondre aux exigences requises pour un GMF. <p><u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration étroite avec les représentants du Département régional de médecine générale (DRMG) du territoire dans le but d'améliorer la communication avec les médecins en solo. • Cogestion active avec les coordonnateurs médicaux locaux. • Participation active aux rencontres du DRMG; présentation des informations au sujet du financement disponible au PQADMÉ, du nouveau cadre de gestion GMF et des données statistiques des Guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO). • Réorganisation du travail aux GACO et suivi des indicateurs via l'installation d'un tableau de bord.
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	21,95	12,0	21,72	<p><u>1.09.01-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des visites à l'urgence de 10 %. La mise en place d'un projet visant l'amélioration de la fluidité de l'utilisateur vise une diminution de la durée moyenne de séjour de l'utilisateur sur civière à l'urgence.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	57,8	57,8	62,2	<p><u>1.09.43-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors des périodes d'achalandage élevé, on observe un délai pour la réalisation des consultations, surtout le soir, nuit, fin de semaine et jours fériés.
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de	51,5	51,5	53,4	<p><u>1.09.44-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors des périodes d'achalandage élevé, on observe un délai pour les tests radiographiques complexes (CT,

Résultats concernant les objectifs de l'entente

Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
moins de 4 heures.				échographie, résonance magnétique). <u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Réorganisation des salles d'urgence et révision des rôles et responsabilités du personnel soignant et administratif. • Implantation d'une politique pour le délai de réponse aux consultations sur le point d'être adoptée. • Ajout d'un médecin de 8 h à 22 h qui évalue la clientèle sur civière. • Horaire médical modifié pour 11 h à 19 h pour clientèle ambulatoire. • Adoption et application d'un plan de contingence de l'urgence. • Mise en place d'un comité pour l'amélioration de la fluidité du patient (projet organisationnel).
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	9	0	43	<u>1.09.32.00-PS :</u> <ul style="list-style-type: none"> • L'attribution d'une date de chirurgie est faite, dans la majorité des cas, par le chirurgien et la requête opératoire est soumise au centre hospitalier. Les listes d'attentes doivent être épurées sur une base régulière. <u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u>
1.09.32.01-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0		2	<ul style="list-style-type: none"> • Révision des processus de gestion de la liste d'attente. • Gestion de la liste d'attente et programmation opératoire prises en charge par le personnel du centre hospitalier et gérées en étroite collaboration avec le chirurgien – ce projet pilote est en cours sur un site et sera étendu à l'ensemble du CIUSSS sous peu.
1.09.32.02-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	1		5	
1.09.32.03-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une	0		0	

Résultats concernant les objectifs de l'entente

Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
chirurgie de la cataracte				
1.09.32.04-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	3		27	
1.09.32.05-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	5		9	
1.09.32.06-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	0		0	
1.09.34.01-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	64,3	90	100	<u>1.09.34.00-PS :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Les pratiques doivent être harmonisées et des normes établies pour l'ensemble du CIUSSS concernant la complétion de la procédure pour la numérisation des requêtes. • Le protocole du radiologiste sur chaque site doit être standardisé afin de prévenir un délai pour la prise de rendez-vous. • L'utilisation du bassin des équipements doit être optimisée et un guichet unique mis en place pour l'imagerie médicale. <u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un projet d'harmonisation de la pratique. • Mise en place d'un mécanisme de confirmation des rendez-vous pour améliorer la disponibilité.
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	0	90	0	
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la	0	90	0	

Résultats concernant les objectifs de l'entente

Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques				
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	96,4	90	0	
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	80,9	90	73,3	
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	0	90	0	
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	49,4	90	94,6	

Résultats concernant les objectifs de l'entente

Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	86,3	90	77,2	
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	90,9	90	85,7	
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	66,5	90	60,2	<p><u>1.09.33.01-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'attribution d'une date de chirurgie est faite, dans la majorité des cas, par le chirurgien et la requête opératoire est soumise au centre hospitalier. • La non-disponibilité du patient n'est pas toujours communiquée au centre hospitalier ou validée. <p><u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Révision des processus de gestion de la liste d'attente.
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée – adultes des programmes-services soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), déficience physique (DP) et déficience intellectuelle et	3779	4333	5310	<p><u>1.03.11-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Modification de l'éligibilité au soutien à l'autonomie d'un nombre important d'utilisateurs DI-TSA occasionnant une augmentation significative. • Amélioration du dépistage des usagers aux guichets SAPA, en soutien à domicile, contribuant à l'augmentation du résultat. • Impact positif du suivi effectué par les intervenants réseau via le repérage Prisma 7. • Instauration d'un processus périodique de validation des données

Résultats concernant les objectifs de l'entente

Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA)				saisies dans le système I-CLSC et dans la solution RSIPA.
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	65,28	90	54	<p><u>1.03.12-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de complétion OEMC-PSIAS et de plans d'intervention doit être harmonisé, minimalement annualisé et ajusté selon l'évolution de la situation de chaque usager. • Les professionnels doivent être sensibilisés à l'utilisation adéquate des outils administratifs de façon à donner un sens clinique à l'approche. • Le soutien requis doit être offert pour la complétion clinique des plans d'intervention (PI), plans d'intervention intégrés (PII) et plans de services individualisés (PSI). <p><u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensification de l'offre de formation aux intervenants DI-TSA. • Implantation de laboratoires de complétion OEMC-PSIAS pour soutenir les intervenants. • Instauration de conférences téléphoniques de suivi soutien à l'autonomie aux deux semaines. • Implantation d'un comité Soutien et qualité de complétion OEMC-PSIAS.
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	0	33,0	ND	<p><u>1.03.07.01-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La rédaction d'un plan d'action CIUSSS et la présentation au comité de direction permettent de dégager une vision commune. • La mise en place d'une structure de gouverne à plusieurs paliers (stratégique-tactique-opérationnel) est débutée, mais non complétée. • Le changement des responsables de dossiers pour l'année 2015-2016 a créé un ralentissement dans la poursuite des activités et des façons de faire qui étaient en place (par exemple la formation aux nouveaux employés lors de l'embauche, les mises à jour et le soutien sur les unités, la stabilité chez les <i>coachs</i>).

Résultats concernant les objectifs de l'entente

Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
				<p><u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la structure de gouverne tactique. • Début de la révision des outils afin de les harmoniser.
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	50	50	ND	<p><u>1.03.10-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehaussement du taux de complétion des outils d'évaluation OEMC dans un des réseaux locaux de services (RLS). • Rehaussement du taux de complétion des plans d'intervention dans les deux RLS. <p><u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantation de laboratoire de complétion OEMC-PSIAS pour supporter les intervenants. • Instauration de conférences téléphoniques de suivi soutien à l'autonomie aux deux semaines. • Implantation d'un comité Soutien et qualité de complétion OEMC-PSIAS.
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	837	743	782	<p><u>1.09.05-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe un processus de référence qui nous permet de desservir l'ensemble des usagers. Il n'y a donc aucune attente en soins palliatifs à domicile.
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fins de vie	ND	29	29	<p><u>1.09.45-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les équipes ont été sensibilisées sur le changement de la définition de la clientèle éligible aux soins palliatifs ce qui permet une prise en charge plus précoce des usagers. <p><u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement d'une entente de partenariat avec les soins palliatifs du CIUSSS du Centre-Sud pour la clientèle suivi sur le territoire de Verdun. • Création d'un répertoire pour les infirmières pivots en oncologie. • Trajectoire de service pour la chimiothérapie palliative avec le CHUM.

Résultats concernant les objectifs de l'entente

Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> Participation aux travaux sur les soins de fin de vie.
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	ND	144	144	<p><u>1.08.13-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une nouvelle équipe additionnelle pour suivre davantage d'usagers.
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	ND	270	270	<p><u>1.08.14-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Application des recommandations du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) dans l'ensemble des services.
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	ND	4,80	4,95	<p><u>3.01-PS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Des travaux ont été réalisés pour maintenir un bon climat de travail valorisant pour le personnel durant cette année de transition.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	ND	3,52	3,02	<p><u>3.05-02-PS :</u></p>
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	ND	5,31	3,12	<ul style="list-style-type: none"> Des travaux ont été réalisés pour maintenir un bon climat de travail en intervenant lorsque nécessaire et en assurant des suivis des absences pour minimiser les impacts.
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	28,8	60	46	<p><u>1.01.13-EG2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Les résultats obtenus sont très variables d'un territoire à l'autre. Sur le territoire de Dorval-Lachine-LaSalle les résultats ont largement dépassé (85 %) – l'engagement 2015-2016. Sur le territoire de l'Ouest-de-l'Île, les principaux enjeux qui ont eu un impact sur les résultats obtenus concernent la saisie systématique des données dans les délais requis ainsi que les grèves scolaires qui ont entraîné la suspension dans les écoles de plusieurs activités d'AÉS. Un retour aux activités est prévu pour 2016-2017 avec une implication plus grande des infirmières scolaires. <p><u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Réalisation de travaux visant à renforcer le partenariat avec les deux commissions scolaires. Élaboration d'un mécanisme de suivi rigoureux de la saisie systématique des données dans les

Résultats concernant les objectifs de l'entente

Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
				délais requis.
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	ND	100	ND	<p><u>1.01.19.03-EG2</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les politiques et les procédures doivent être harmonisées et le personnel infirmier doit recevoir une formation en conséquence sur les pratiques de base incluant un volet asepsie et hygiène des mains. <p><u>1.01.25-EG2</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les comités de prévention et contrôle des infections existants doivent être consolidés et un nouveau comité CIUSSS doit être mis en place. <p><u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Déploiement d'un projet transversal et interdisciplinaire visant l'amélioration de la prévention et du contrôle des infections.
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	ND	100	ND	
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	92,4	100	89,1	<p><u>1.09.33.02-EG2</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Révision des processus de gestion de la liste d'attente. Gestion de la liste d'attente et programmation opératoire prises en charge par le personnel du centre hospitalier et gérées en étroite collaboration avec le chirurgien – ce projet pilote est en cours sur un site et sera étendu à l'ensemble du CIUSSS sous peu.
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de	78,7	90	68,8	<p><u>1.45.04.01-EG2</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Croissance importante du nombre

Résultats concernant les objectifs de l'entente

Nom de l'indicateur	Résultats 2014-2015	Engagement 2015-2016	Résultats 2015-2016	Commentaires
services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – tous âges, toutes priorités				de demandes. <ul style="list-style-type: none"> L'intensité de service nécessaire dans plusieurs dossiers a eu comme conséquence une augmentation des délais d'attente pour un premier service.
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – tous âges, toutes priorités	95	90	98	<p><u>1.45.05.01-EG2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Pour plusieurs usagers, une augmentation de l'intensité de service fut nécessaire ayant ainsi comme conséquence une augmentation des délais d'attente pour un premier service. Des interventions de groupe ont été privilégiées pour certains usagers. <p><u>Quelques leviers mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Réallocation de ressources au service adaptation/réadaptation. Augmentation d'heures et d'intensité de service pour diminuer le nombre de demandes ayant recours à un service de 2^e ligne.
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – tous âges, toutes priorités	ND	90	35,3	
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	50	100	ND	<p><u>2.02.02-EG2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Un projet visant l'élimination des zones grises doit être mis sur pied.

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

- Agrément
- Responsabilité populationnelle en matière de qualité et sécurité des soins et services
- Sécurité des soins et services
- Suivi des événements sentinelles
- Personnes mises sous garde
- Examen des plaintes et promotion des droits
- Information et consultation de la population

AGRÉMENT

L'établissement a poursuivi ses travaux en lien avec les visites d'agrément qui ont eu lieu dans les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en 2015-2016.

- Visite de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas par Agrément Canada (10 au 14 mai 2015) :
 - décision relative au taux de conformité aux normes : Agréé;
 - taux de conformité aux normes évaluées : 97,3 %.
- Visite du Centre de soins prolongés Grace Dart par Agrément Canada (28 septembre au 1^{er} octobre 2015);
 - décision relative au taux de conformité aux normes : Agréé avec mention d'honneur;
 - taux de conformité aux normes évaluées : 99,58 %.

Quatre établissements constitutifs du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont eu à faire des suivis en lien avec les recommandations reçues lors de leur dernière visite d'agrément. Les preuves de réalisation concernant les actions jugées prioritaires seront évaluées en juillet 2016 par Agrément Canada.

La prochaine visite du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément (programme conjoint) est prévue pour décembre 2017.

RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE EN MATIÈRE DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

Qu 31 mars 2016, le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal comptait 18 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :

- 7 CHSLD publics, sous la responsabilité directe du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- 11 CHSLD privés conventionnés et non conventionnés.

En cours d'année, ce sont 14 des 18 CHSLD qui ont fait l'objet d'une visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie par le MSSS. L'équipe de la qualité du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal assiste aux rencontres-bilans à la fin de chacune de ces visites et offre de l'accompagnement aux responsables concernés pour l'élaboration des plans d'amélioration. L'équipe de la qualité s'est dotée d'un outil de suivi pour favoriser le partage de l'information, en plus de faire l'adaptation et la mise à jour d'une grille de préparation aux visites.

SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

La consolidation d'une culture de sécurité, entre autres, par la promotion continue de la déclaration et de la divulgation des incidents et accidents survenus lors d'un épisode de soins est une préoccupation constante pour l'organisation. Les différentes activités de sensibilisation, de formation continue notamment pour les nouveaux employés et les rencontres individuelles réalisées au cours de l'année 2015-2016 contribuent au développement d'une culture juste de sécurité.

En accord avec les lignes directrices du MSSS et dans le but d'harmoniser les pratiques, toutes les politiques et procédures en lien avec le processus de déclaration et de divulgation des événements indésirables ont fait l'objet de révision. Pour l'année 2015-2016, le nombre total d'événements indésirables déclarés est de 12 642 (une diminution de 8 % comparativement à la valeur de référence, soit l'année 2014-2015). La majorité des déclarations se retrouvent dans la catégorie des événements liés à l'administration des médicaments ainsi qu'aux chutes (respectivement 20 % et 35 %).

Tel que recommandé par les experts du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS), le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal vise à se doter d'un programme complet sur la prévention des chutes s'appuyant sur des données probantes. La prévention des chutes s'inscrit dans un continuum de soins et de services intégrant les stratégies de prévention développées pour la clientèle à risque. Par ailleurs, des indicateurs de suivi des chutes et des erreurs de médicament recommandés par le GVSS sont suivis dans l'ensemble du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Un suivi périodique du taux d'erreurs de médicaments et du taux de chutes est fait par le comité de coordination et d'intégration clinique.

Les incidents et accidents sont classés en fonction de l'échelle de gravité du MSSS. Les événements sans conséquence pour l'utilisateur (gravité A à D) représentent 66,5 % de l'ensemble des incidents et accidents déclarés. En ce qui concerne les accidents avec conséquences (gravité E, F, G, H et I), on note une diminution de 4 % par rapport à la valeur de référence. Toutes les déclarations relatives aux incidents et accidents ont été transmises dans le Registre du MSSS. (Voir également « Comité de vigilance et de la qualité » et « Comité de gestion des risques » dans la section Conseils et comités.)

Application des mesures de contrôle

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal aborde la question de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de santé en identifiant les situations susceptibles de mettre les patients à risque et en prenant les mesures nécessaires pour prévenir ou gérer ces risques. Notamment à travers le système de déclaration pour identifier les incidents et les accidents et à l'aide du registre local, l'établissement peut exercer un suivi rigoureux sur ces incidents et accidents. La politique du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en matière de déclaration des incidents et accidents exige que tous les incidents et accidents impliquant des patients soient déclarés et saisis dans le registre local. Les renseignements saisis permettent de faire des analyses approfondies et d'identifier et de mettre en place les mesures correctives et les politiques nécessaires pour éviter que des événements similaires ne se reproduisent.

Au-delà du mandat défini par la *Loi sur les services de santé et services sociaux*, assurer la sécurité des soins et services constitue aussi l'une des orientations de l'organisation. À travers toute la réorganisation vécue cette année, plusieurs activités ont été entreprises pour le développement d'une culture juste de sécurité au sein du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Notamment, la mise sur pied d'un nouveau comité de gestion des risques a permis de se positionner sur la structure de la gestion intégrée des risques. Ce comité appuie les travaux de comités partenaires, tels que le comité des mesures de contrôle, le comité de

prévention des chutes, le comité de contrôle et prévention des infections, etc., et fait une reddition de compte au comité de vigilance et de la qualité. Afin de renforcer la déclaration des incidents et accidents, l'établissement a aussi mis en place des formations pour les nouveaux employés en matière de qualité et sécurité des soins et services. Des guides de déclaration et des formations en ligne sont également mis à la disposition de l'ensemble des employés du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Lorsque nécessaire, un accompagnement personnalisé est disponible.

SUIVI DES ÉVÉNEMENTS SENTINELLES

Chaque événement déclaré fait l'objet d'un suivi effectué par le supérieur immédiat. De plus, 21 événements ont fait l'objet cette année d'une analyse approfondie par le service de gestion des risques. De ce nombre, sept ont été considérés comme étant des événements sentinelles compte tenu de la gravité des conséquences. Ces événements ont été revus par un groupe de travail qui avait pour mandat d'identifier les sources de défaillance et de mettre en place des mesures préventives pour éviter la récurrence. Un plan d'action rigoureux assorti de mesures de suivi régulier encadre chacun des événements sentinelles.

Une seule recommandation a été émise au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal par le coroner au cours de l'année 2015-2016. Des mesures ont déjà été mises en place afin de répondre à cette recommandation. Il faut noter que les recommandations du coroner font l'objet d'un suivi systématique au comité de gestion des risques, au comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au comité de direction.

PERSONNES MISES SOUS GARDE

Les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui sont visés par l'article 6 ou l'article 9 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ, chapitre P-38.001) sont les suivantes:

- Institut universitaire en santé mentale Douglas;
- Centre hospitalier de St.Mary;
- Installations de l'ancien CSSS de l'Ouest-de-l'Île (Hôpital général du Lakeshore).

Il est à noter que les chiffres fournis pour l'Institut Douglas comprennent les demandes faites pour les installations de l'ancien CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle.

Gardes provisoires (évaluations psychiatriques)	Douglas	St. Mary	Ouest-de-l'Île
Gardes provisoires	29	0	0
Nombre d'usagers différents	29	0	0

Gardes en établissement (gardes autorisées)	Douglas	St. Mary	Ouest-de-l'Île
Gardes en établissement présentées devant le Tribunal	480	73	153
Nombre de gardes accueillies	449	73	86
Nombre d'usagers différents	365	68	129

EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

La promotion du régime d'examen des plaintes

Pour faire connaître le régime d'examen des plaintes et assurer son accessibilité :

- des dépliants, des affiches et des cartes professionnelles sont disponibles dans les différentes installations de l'établissement.
- La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a participé aux tournées du PDG dans plusieurs installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- La commissaire a également rencontré le comité des usagers central ainsi que plusieurs comités des usagers ou de résidents pour expliquer le système d'examen des plaintes, l'engagement du commissariat et donner un bref aperçu des statistiques en lien avec le régime d'examen des plaintes. Les rencontres visaient aussi à bâtir un partenariat pour promouvoir les droits des usagers ainsi que l'amélioration de la qualité des soins et services.
- La commissaire a participé à une tournée informelle de plusieurs installations des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw :
 - tournée du Campus Prévost avec visite d'unités fermées (Dara, Jeanne Sauvé), visite d'unités ouvertes (L'Évenir, Lorien, Springfield, l'unité pour filles Ste-Rose) et visite de l'école;
 - tournée des foyers de groupe pour pré-adolescents Dornal, du Campus Dorval (les unités pour filles Oasis et Baillie, ainsi que l'unité pour jeunes garçons Crossroads) et l'unité sécurisée;
 - tournée de la Direction de la protection de la jeunesse incluant une rencontre avec les gestionnaires;
 - tournée auprès de l'application de mesures avec rencontre des gestionnaires;
 - rencontre de l'équipe des affaires juridiques à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse.
- Participation à la Semaine des droits des usagers.
- Participation à la Semaine de la sécurité des patients.
- Participation à des activités de promotion et d'information concernant les droits et les obligations des usagers, le code d'éthique et la procédure d'examen des plaintes.
- Participation lors des journées d'orientation du nouveau personnel.
- Participation à des activités avec les résidents et leurs familles.
- Orientation des nouveaux gestionnaires.
- Projet du portail unique du commissariat conçu pour faciliter l'accès des usagers (en cours) :
 - un numéro de téléphone sans frais unique 1-844-630-5125 pour joindre le commissariat et ses divers points d'accès fonctionnel depuis le 31 mars 2016;
 - création de l'adresse courriel unique du commissariat commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca.
- Une adresse postale unique.

COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen (commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services)-(SIGPAQS)*					
	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
2015-2016	68	566	547	87	12
2014-2015	76	820	828	68	31

*SIGPAQS: Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Les faits saillants :

- 547 plaintes avec 719 motifs de plaintes (diminution du nombre de plaintes de 34 % et diminution des motifs de plaintes de 31 % comparativement à 2014-2015);
- 1 774 demandes d'assistance (augmentation de 21 % comparativement à 2014-2015);
- 95 dossiers d'intervention (stable comparativement à 2014-2015);
- 261 demandes de consultation (diminution de 15 % comparativement à 2014-2015);
- 69 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours (diminution de 13 % comparativement à 2014-2015);
- 12 plaintes ont été acheminées en deuxième instance au Protecteur du citoyen (diminution de 61 % comparativement à l'année 2014-2015);
- les trois principaux motifs de plainte concernent les soins et services dispensés (29 %), les relations interpersonnelles (21 %), l'organisation du milieu et des ressources matérielles (19 %);
- 49 % des dossiers de plaintes et interventions ont été complétés avec des mesures correctives et les mesures visaient surtout l'adaptation des soins et services (stable comparativement à 2014-2015).

MÉDECIN EXAMINATEUR

Bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen (médecin examinateur)-(SIGPAQS)*					
	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
2015-2016	23	114	112	25	21
2014-2015	28	128	133	23	26

*SIGPAQS: Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Les faits saillants:

- 112 plaintes médicales avec 140 motifs de plaintes (diminution du nombre de plaintes de 16 % comparativement à 2014-2015);

- 65 % des plaintes médicales ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours (augmentation de 4 % comparativement à 2014-2015);
- 21 dossiers ont été acheminés en deuxième instance au comité de révision (diminution de 19 % comparativement à 2014-2015);
- le principal motif de plainte est «soins et services dispensés» (continuité, décision clinique, traitement/intervention/services) et représente 68 % des plaintes traitées. Le deuxième motif d'importance est «relations interpersonnelles» (communication/attitude) et représente 21 % des plaintes traitées;
- 19 % des dossiers de plaintes ont été complétés avec des mesures correctives (stable comparativement à 2014-2015).

INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

Responsable de fournir aux citoyens des renseignements concernant les services offerts sur son territoire, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a déployé plusieurs actions de communication au cours de l'année 2015-2016 pour s'acquitter de cette mission.

L'une des premières actions entreprise par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en ce sens a été de mettre en ligne dès juin 2015 un portail Web (www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca). Cet outil a permis de présenter le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et de diffuser rapidement de l'information destinée à la population en lien avec la constitution du nouvel établissement, telle que des renseignements sur les installations et leurs offres de services, la diffusion d'information sur le processus de désignation du conseil d'administration ou encore la diffusion d'un numéro de téléphone unique et d'une adresse courriel destinés à la population.

La ligne Info-CIUSSS (514 630-2123) et l'adresse courriel informations.comtl@ssss.gouv.qc.ca publicisées auprès de la population du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal depuis leur mise en place (avril et juillet 2015), ont connu du succès. Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu depuis une moyenne de 35 appels téléphoniques toutes les semaines, et les demandes d'information faites par courriel ont généré en moyenne 15 réponses par semaine.

Toujours dans l'optique d'informer efficacement la population sur les services offerts par le CIUSSS, mais aussi pour soutenir les activités de ses équipes de santé publique et de promotion de la santé et des saines habitudes de vie, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a non seulement diffusé de l'information par le biais de son portail, mais a aussi utilisé activement les médias sociaux. Les statistiques liées à la fréquentation sont continuellement en hausse. Seulement pour le dernier trimestre de l'année financière 2015-2016, il y a eu :

- hausse de 59 % de la consultation de l'ensemble des pages vues sur le site Web de l'établissement du 1^{er} janvier au 29 février 2016 par rapport à la période comprise entre le 1^{er} novembre et le 31 décembre 2015;
- hausse du nombre d'abonnés de la page Facebook (10 %) et du compte Twitter du CIUSSS (3 %) du 1^{er} janvier au 10 mars 2016.

Il est à souligner que les activités sur les médias sociaux se sont aussi révélées un excellent moyen pour favoriser le dialogue avec la population : pour le mois d'avril seulement, en moyenne, 25 interactions (réactions, commentaires et partages) ont été générées à chacune des publications sur ces plateformes.

Enfin, soulignons que le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal prévoit lors de toutes les séances ordinaires de son conseil d'administration une période où la population est invitée à venir entendre ce que les membres du conseil présentent et à poser des questions. Cette invitation est faite par le biais d'avis publics, publiés au moins 15 jours avant la date de la séance ordinaire. Entre le moment de la désignation des membres du conseil à l'automne 2015 et le 31 mars 2016, deux séances ordinaires ont eu lieu. Des informations supplémentaires sont disponibles dans la section 4 du présent rapport.

Autres activités significatives d'information et de consultation sur les services menés auprès de la population en 2015-2016

- Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'est assuré de la mise à jour diligente du répertoire des ressources en santé et services sociaux que le MSSS met à la disposition de la population, se rapprochant des cibles prévues à cet égard dans l'entente de gestion ministérielle.
- Pour la campagne de vaccination saisonnière pour la grippe, au-delà de la diffusion des informations sur cette campagne, les équipes du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont sondé la population de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-LaSalle. Le niveau de satisfaction enregistré est de 95 %, les commentaires récoltés ont été élogieux envers les équipes et l'organisation des services. De plus, de précieuses informations sur les meilleurs canaux pour rejoindre la population ont été colligées.
- L'horaire de la période des Fêtes pour les soins de santé sans rendez-vous sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et le lien vers le répertoire de ressources ont été diffusés sur le Web et les médias sociaux. De la publicité a aussi été diffusée auprès des partenaires sur le territoire et une campagne dans les hebdomadaires locaux a été organisée grâce à une collaboration réussie entre tous les CIUSSS de l'île de Montréal.
- La direction adjointe, responsabilité populationnelle et partenariat (DPRPP) du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a entrepris plusieurs démarches auprès des partenaires communautaires et institutionnels des anciens CSSS de son territoire. Au printemps 2016, des rencontres avec les quatre tables de quartier en développement social de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-LaSalle ainsi qu'avec trois tables sectorielles ont été tenues en présence des membres de la direction du CIUSSS. Au total, 137 organismes et 215 participants ont été rejoints.
- Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a poursuivi plusieurs activités de communication destinées à la population et aux partenaires « historiques » de plusieurs de ses installations situées à l'extérieur de son territoire. Par exemple, une collaboration entre la DPRPP, la direction des programmes santé mentale et dépendances du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et celle du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a permis la tenue d'une rencontre avec les membres de la table des partenaires en santé mentale du Sud-Ouest-Verdun. À ceci s'ajoute la participation du CIUSSS à la rencontre du comité de bon voisinage de l'Institut Douglas et aussi la poursuite des démarches initiées depuis plusieurs années par les Centres Batshaw auprès de la population de Dorval dans le cadre du projet d'agrandissement de son campus situé dans cette ville.

6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

- **Application de la politique concernant les soins de fin de vie du 10 décembre 2015 au 10 juin 2016***

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a mandaté son comité de coordination et d'intégration clinique pour s'assurer que les différentes facettes de la Loi sur les soins de fin de vie soient dûment couvertes et incluses dans toute la documentation émise à l'intention des professionnels et du public. Les protocoles, politique, code d'éthique, programme clinique et différents outils, dont un guide de poche et un aide-mémoire ont été distribués et expliqués aux équipes cibles.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal était en mesure, dès le 10 décembre 2015, date de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, de répondre aux demandes des patients.

Un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS), comportant des médecins s'étant portés volontaires pour y participer, a été formé et une équipe tactique est disponible pour offrir le support nécessaire aux professionnels de la santé lorsqu'une demande d'aide médicale à mourir est faite par un patient. L'encadrement exceptionnel de l'équipe permet d'offrir des services de qualité et des interventions personnalisées au patient et ses proches ainsi qu'un soutien pour tout le personnel.

Le GIS se réunit aux six (6) semaines et est également convoqué lorsqu'une demande d'aide médicale à mourir est faite par un patient. Chaque intervention est analysée et permet à l'équipe d'améliorer en continu son offre de services en soins palliatifs et son soutien à la personne en fin de vie.

Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie (Loi 2, Chapitre III, art.8)

Information demandée	Centre hospitalier	CHSLD	À domicile	Maison de soins palliatifs	Total
Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	63	n/d	496	174	733
Nombre de sédations palliatives continues administrées	1	0	0	3	4
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées			3		3
Nombre d'aides médicales à mourir administrées			1		1
Nombre d'aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été			2 Une demande rétractée par l'utilisateur Une demande ne satisfaisant pas à la condition de l'article 26.6 de la Loi		2

*NB. : En raison de la structure de reddition de compte pour l'application de la politique concernant les soins de fin de vie, les données présentées dans le tableau vont au-delà du 31 mars, date de fin de l'exercice financier couvert par ce rapport annuel.

7. RESSOURCES HUMAINES

- Tableau des ressources humaines au 31 mars
- Gestion et contrôle des effectifs

TABLEAU DES RESSOURCES HUMAINES AU 31 MARS 2016

Dénombrement des effectifs par catégorie d'emploi

Catégorie d'emploi (MSSS, syndicale)	2015-2016	2014-2015
10 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 669	2 618
20 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 563	2 461
30 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 259	1 273
40 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 030	1 992
50 - Personnel non visé par la Loi 30	123	129
60 - Personnel d'encadrement	403	427
Total	9 047	8 900
Catégorie d'emploi	2015-2016	2014-2015
1 - Personnel d'encadrement	403	427
2 - Personnel professionnel	2 030	1 992
3 - Personnel infirmier	2 669	2 618
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	1 259	1 273
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 563	2 461
6 - Étudiants et stagiaires	30	28
Autres (pharmaciens, médecins, praticiens, sages-femmes)	93	101
Total	9 047	8 900

Catégorie d'emploi	2015-2016	2014-2015	Note
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 662	2 612	
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 556	2 453	
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 164	817	<i>Obtention d'un certificat d'accréditation à St. Mary's pour 2015-2016</i>
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 030	1 991	
Syndicable non syndiqué (SNS)	116	490	<i>Obtention d'un certificat d'accréditation à St. Mary's pour 2015-2016 pour la cat. 3</i>
Personnel d'encadrement	403	427	
Pharmaciens	46	40	
Autres	70	70	
Total	9 047	8 900	

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

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

Comparaison de 2014-2015 à 2015-2016						
	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	808 894	3 202	812 097	444	506
	2015-16	741 333	2 852	744 184	407	496
	Variation	(8,4%)	(11,0 %)	(8,4 %)	(8,3 %)	(2,0 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 741 688	7 062	1 748 750	964	1 321
	2015-16	1 773 892	5 690	1 779 582	981	1 314
	Variation	1,8 %	(19,4 %)	1,8 %	1,8 %	(0,5 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	3 894 858	171 823	4 066 681	2 082	2 905
	2015-16	3 883 423	151 218	4 034 641	2 074	2 843
	Variation	(0,3 %)	(12,0 %)	(0,8 %)	(0,4 %)	(2,1 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 076 592	120 968	6 197 560	3 312	4 579
	2015-16	5 979 632	90 779	6 070 411	3 260	4 408
	Variation	(1,6 %)	(25,0 %)	(2,1 %)	(1,6 %)	(3,7 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 383 540	13 987	1 397 528	703	1 081
	2015-16	1 374 254	12 019	1 386 273	699	1 030
	Variation	(0,7 %)	(14,1 %)	(0,8 %)	(0,7 %)	(4,7 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	44 247	37	44 285	24	103
	2015-16	37 943	106	38 048	21	81
	Variation	(14,2 %)	184,1 %	(14,1 %)	(14,4 %)	(21,4 %)
Total du personnel	2014-15	13 949 820	317 081	14 266 900	7 529	10 307
	2015-16	13 790 476	262 664	14 053 140	7 443	10 016
	Variation	(1,1 %)	(17,2 %)	(1,5 %)	(1,2 %)	(2,8 %)

Pour la période d'avril 2015 à mars 2016, le Conseil du trésor a fixé une cible de réduction de 1 % par rapport au nombre total d'heures rémunérées d'avril 2014 à mars 2015. Cette cible a été atteinte.

8. RESSOURCES FINANCIÈRES

- Rapport de l'auditeur indépendant
- Résultats financiers
- Contrats de services
- État du suivi des réserves

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Benoit Morin

Président-directeur général

Lucie Ménard

Directrice des ressources financières



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 2000
Tour de la Banque Nationale
600, rue De La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L8

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré universitaire de santé et services
sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal

Téléphone : 514 878-2691
Télécopieur : 514 878-2127
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2016 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2016. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2016 et 2015 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

De plus, le rapport de l'auditeur sur les états financiers audités comporte un paragraphe d'autre point indiquant que, sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur le fait que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes interétablissements, des chiffres présentés dans les états financiers audités de chacun des établissements existant avant la création du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal et à partir desquels a été créé le du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal. Nous n'avons pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.¹

Montréal
Le 23 juin 2016

¹ CPA auditrice, CA permis de comptabilité publique n° A117472

ÉTAT DES RÉSULTATS

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal

1104-5168

200-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	715 770 358	695 746 206	30 898 742	726 644 948	719 160 224
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	4 762 345	5 037 694	227 317	5 265 011	5 274 260
Contributions des usagers	3	46 450 384	47 572 346	XXXX	47 572 346	47 925 794
Ventes de services et recouvrements	4	13 080 624	13 645 150	XXXX	13 645 150	14 329 082
Donations (FI:P294)	5	6 725 904	687 215	3 509 299	4 196 514	6 865 216
Revenus de placement (FI:P302)	6	298 899	454 822		454 822	463 094
Revenus de type commercial	7	4 593 402	4 622 412		4 622 412	4 422 759
Gain sur disposition (FI:P302)	8			151	151	416 848
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	21 648 153	27 161 333	504 058	27 665 391	26 469 172
TOTAL (L.01 à L.11)	12	813 330 069	794 927 178	35 139 567	830 066 745	825 326 449
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	523 887 749	535 187 593	XXXX	535 187 593	536 038 338
Médicaments	14	18 382 522	19 071 204	XXXX	19 071 204	18 953 763
Produits sanguins	15	8 999 724	9 493 358	XXXX	9 493 358	8 716 214
Fournitures médicales et chirurgicales	16	24 880 366	23 892 656	XXXX	23 892 656	25 764 592
Denrées alimentaires	17	6 739 290	7 463 818	XXXX	7 463 818	7 201 829
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	77 028 410	76 492 235	XXXX	76 492 235	76 887 362
Frais financiers (FI:P325)	19	11 970 034	721 658	7 783 774	8 505 432	11 096 117
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	12 495 692	10 971 796	1 747 837	12 719 633	12 777 068
Créances douteuses	21	2 886 787	3 909 105	XXXX	3 909 105	2 804 594
Loyers	22	7 451 361	7 472 508	XXXX	7 472 508	7 362 283
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	27 466 879	XXXX	25 632 262	25 632 262	26 924 139
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			112 110
Dépenses de transfert	25		916 137	XXXX	916 137	
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	91 477 493	99 219 526	91 278	99 310 804	97 301 226
TOTAL (L.13 à L.27)	28	813 666 307	794 811 594	35 255 151	830 066 745	831 939 635
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(336 238)	115 584	(115 584)	0	(6 613 186)

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	682 439 421	694 223 148	1 523 058	695 746 206	685 287 677
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	4 569 892		5 037 694	5 037 694	5 081 807
Contributions des usagers (P301)	3	46 450 384	47 572 346	XXXX	47 572 346	47 925 794
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	13 080 624	13 645 150	XXXX	13 645 150	14 329 082
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	443 536	567 949	119 266	687 215	707 182
Revenus de placement (P302)	6	298 899	276 165	178 657	454 822	463 094
Revenus de type commercial (P351)	7	4 593 402	XXXX	4 622 412	4 622 412	4 422 759
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	21 176 689	1 782 210	25 379 123	27 161 333	26 184 661
TOTAL (L.01 à L.11)	12	773 052 847	758 066 968	36 860 210	794 927 178	784 402 056
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	523 887 749	513 813 708	21 373 885	535 187 593	536 038 338
Médicaments (P750)	14	18 382 522	19 071 204	XXXX	19 071 204	18 953 763
Produits sanguins	15	8 999 724	9 493 358	XXXX	9 493 358	8 716 214
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	24 880 366	23 892 656	XXXX	23 892 656	25 764 592
Denrées alimentaires	17	6 739 290	7 463 818	XXXX	7 463 818	7 201 829
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	77 028 410	76 492 235	XXXX	76 492 235	76 887 362
Frais financiers (P325)	19	1 016 004	721 658	XXXX	721 658	986 025
Entretien et réparations (P325)	20	10 320 662	10 760 750	211 046	10 971 796	10 493 411
Créances douteuses (C2:P301)	21	2 886 787	3 909 105		3 909 105	2 804 594
Loyers	22	7 451 360	7 456 655	15 853	7 472 508	7 362 283
Dépenses de transfert (P325)	23		916 137		916 137	
Autres charges (P325)	24	91 451 493	87 037 084	12 182 442	99 219 526	97 274 827
TOTAL (L.13 à L.24)	25	773 044 367	761 028 368	33 783 226	794 811 594	792 483 238
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	8 480	(2 961 400)	3 076 984	115 584	(8 081 182)

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal

1104-5168

202-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(54 019 254)	19 834 621	(34 184 633)	(27 571 447)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2	(77)	(728 564)	(728 641)	(728 564)	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3	(870 974)		(870 974)	XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(54 890 305)	19 106 057	(35 784 248)	(28 300 011)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	115 584	(115 584)	0	(6 613 186)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(11 589 338)	11 589 338	0		21
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(11 589 338)	11 589 338			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(66 364 059)	30 579 811	(35 784 248)	(34 913 197)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations c'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations c'origine interne	13	XXXX	XXXX	110 354		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(35 894 602)	(34 913 197)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(35 784 248)	(34 913 197)	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal 1104-5168 204-00 /
 Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	25 029 130	(1 016 996)	24 012 134	41 579 873
Placements temporaires	2	9 000 000		9 000 000	13 500 000
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	31 094 265	46 262 769	77 357 034	79 098 148
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	31 473 010	2 532 455	34 005 465	28 245 486
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances inter-fonds (dettes interfonds)	6	8 763 266	(8 763 266)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	52 237 187	(6 362 835)	45 874 352	44 734 053
Placements de portefeuille	8	1 400		1 400	1 400
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	898 761	898 761	817 074
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	1 852 389	756	1 853 145	2 043 889
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	159 450 647	33 551 644	193 002 291	210 019 923
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	56 738 673	7 551 719	64 290 392	91 225 784
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	85 350 356	5 228 928	90 579 284	85 580 301
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX	14 529 519	14 529 519	23 620 956
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	7 058	2 525 131	2 532 189	3 022 779
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	27 108 519	32 926 189	60 034 708	54 813 219
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	338 807 265	338 807 265	320 151 080
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	43 921 758	43 921 758	43 921 758
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	64 491 826	XXXX	64 491 826	63 172 091
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	1 487 959		1 487 959	865 232
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	235 184 391	445 490 509	680 674 900	686 373 200
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(75 733 744)	(411 938 865)	(487 672 609)	(476 353 277)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	442 451 025	442 451 025	430 004 904
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	7 150 594	XXXX	7 150 594	7 287 824
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	2 219 091	67 651	2 286 742	4 147 352
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	9 369 685	442 518 676	451 888 361	441 440 080
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DEFICITS) CUMULES (L.27 + L.31 - L.32)	33	(66 364 059)	30 579 811	(35 784 248)	(34 913 197)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)
 Événualités (pages 636-01 et 636-02)
 Colonne 2: Établissements publics seulement
 Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro
 Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal

1104-5168

206-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent	
	1	2	3	4	5	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(256 014 108)	(65 438 781)	(410 914 573)	(476 353 354)	(444 476 430)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3		(870 974)	(870 974)	XXXX	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(256 014 108)	(66 309 755)	(410 914 573)	(477 224 328)	(444 476 430)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		115 584	(115 584)	0	(6 613 186)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(38 138 024)	(38 138 024)	(50 278 499)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	25 632 262	25 632 262	26 924 139
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	(151)	(151)	(304 738)
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX	151	151	419 651
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX	59 641	59 641	31 255
Ajustements des immobilisations	11		XXXX			
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	(12 446 121)	(12 446 121)	(23 208 192)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(34 409 457)	XXXX	(34 409 457)	(29 810 803)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(7 960 655)	(67 581)	(8 028 236)	(10 537 856)
Utilisation de stocks de fournitures	17		36 201 893	XXXX	36 201 893	29 684 971
Utilisation de frais payés d'avance	18		8 217 984	15 656	8 233 640	9 336 783
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		2 049 765	(51 925)	1 997 840	(1 326 905)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(11 589 338)	11 589 338	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		(9 423 989)	(1 024 292)	(10 448 281)	(31 148 283)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(256 014 108)	(75 733 744)	(411 938 865)	(487 672 609)	(475 624 713)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal

1104-5168

206-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1		(6 613 186)	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	1 997 840	(1 326 905)	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	(151)	(304 738)	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6	(227 317)	(192 453)	
- Autres	7	(3 922 234)	(2 282 822)	
Amortissement des immobilisations	8	25 632 262	26 924 139	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9	59 641	31 255	
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	205 345	153 861	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(1 207 487)	(6 730 065)	
Autres (préciser P297)	13	(871 051)	705 604	
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	21 666 848	16 977 876	
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	15	2 682 493	20 408 026	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	24 349 341	30 772 716	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(38 138 024)	(48 289 680)	
Produits de disposition d'immobilisations	18	151	419 651	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(38 137 873)	(47 870 029)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20			
Placements de portefeuille effectués	21			
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24			

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	37 990 933	46 335 546	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(19 334 748)	(17 756 155)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	(13 900 649)	(88 163)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	26 282 560	25 404 980	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(39 317 303)	(25 696 832)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	(8 279 207)	30 199 376	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	(22 067 739)	13 102 063	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	55 079 873	41 977 810	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	33 012 134	55 079 873	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	24 012 134	41 579 873	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14	9 000 000	13 500 000	
TOTAL (L.13 + L.14)	15	33 012 134	55 079 873	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	1 741 114	22 969 401	
Autres débiteurs	2	(5 759 979)	(1 160 894)	
Subventior à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	67 188	281 015	
Frais reportés liés aux dettes	4	(287 032)	(294 874)	
Autres éléments d'actifs	5	190 744	552 274	
Créditeurs - MSSS	6			
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	4 998 983	2 605 314	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	8	(9 091 437)	(8 264 328)	
Intérêts courus à payer	9	(490 590)	66 887	
Revenus reportés	10	9 371 040	4 702 958	
Passif au titre des sites contaminés	11			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	12	1 319 735	531 162	
Autres éléments de passifs	13	622 727	(1 580 889)	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	2 682 493	20 408 026	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	4 513 725	4 750 749	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	17			
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	18	2 571 887	180 253	
Intérêts encaissés (revenus)	19	2 703 415	243 272	
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	11 042 136	2 693 917	
Intérêts déboursés (dépenses)	21	11 682 151	162 813	

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal

1104-5168

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

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 Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
Gérer l'accès des utilisateurs internes. Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès au système MédiAccès alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion. (ODI)	2008-09	C	La déficience a été signalée aux firmes MédiSolution et GFI. Une mise à jour des systèmes pour rencontrer ce contrôle n'est pas envisagée. Par contre, au CSSS-ODI, les demandes d'utilisation de ces systèmes sont encadrées par un processus mis en place (formulaire embauche/départ).			NR
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 location-acquisition. (CROM)	2011-12	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats location-acquisition avec la SQI présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «Immobilisations corporelles louées» du Manuel de CPA Canada.			NR
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. (Batshaw)	2011-12	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats location-acquisition avec la SQI présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note			NR

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2016.1.0

Révisée: 2015-2016

Timbre valideur: 2016-06-15 10:04:21

Rapport V 1.0

			d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «Immobilisations corporelles louées» du Manuel de CPA Canada.			
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec (SIQ) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition (ODI)	2011-12	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats de location-acquisition avec la SIQ présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « immobilisations corporelles louées » du Manuel de l'Institut canadien des Comptables Agréés.			NR
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrat location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées. (DLL)	2012-13	R	La comptabilisation est effectuée selon les directives du Ministère de la Santé et des Services Sociaux			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Pour le centre d'activités - 7554 -Alimentation - Autre. L'unité de mesure « Repas » n'a pu être testée au CHSLD Denis-Benjamin Viger étant donné que les pièces justificatives ne sont pas conservées. (ODI)	2014 -15	R	Les pièces justificatives pour les repas au CHSLD seront dorénavant conservées.	R		
Note 1 : La compilation des unités de mesure n'est pas conforme aux	2012-13	R	Un formulaire de compilation standard est en développement.	R		

définitions du Manuel de gestion financière à l'égard des usagers pour certains centres d'activités. En effet, les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site. (DLL)			Celui-ci sera mis en réseau afin d'éliminer les doublons.			
Note 2 : Les unités de mesure soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle. 6880- Ergothérapie La compilation des unités de mesure n'est pas effectuée correctement selon les exigences du Manuel de Gestion Financière pour l'unité de mesure : «Heure de prestation de service » et « Jour-Traitement» . La méthode de compilation est déficiente et les documents sources ne sont pas conservés dans tous les centres. (DLL)	2014-15	R	La direction est en accord avec cette observation.	R		
Note 2 : Les unités de mesure soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle dans les centre d'activité suivant : 6890 - Animation-loisir La compilation des unités de mesure n'est pas effectuée correctement selon les exigences du Manuel de gestion financière pour l'unité de mesure « participation » et « temps vécu ». La méthode de compilation est déficiente et les documents sources ne sont pas conservés dans tous les centres. (DLL)	2013-14	R	Un outil de compilation est en cours d'implantation. Les documents sont conservés depuis la période trois de l'année 2013-2014.	R		
Note 2: Les unités de mesure soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle dans le centre d'activité suivant :	2013-14	R	La méthode de compilation sera modifiée.	R		

<p>7090 - Centre de médecine de Jour La compilation ne respecte pas le Manuel de Gestion financière, car plusieurs jours soins peuvent être comptabilisés par usager dans une journée et la méthode de compilation est déficiente. L'impact sur les unités et le coût unitaire présenté aux pages 650 du rapport financier ne peut être déterminé. (DLL)</p>						
<p>Note 2 : Les unités de mesure soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle dans le centre d'activité suivant :</p> <p>7554 - Alimentation - Autres L'unité de mesure « repas » soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement. L'impact sur les unités et le coût unitaire présenté aux pages 650 du rapport financier ne peut être déterminé. (DLL)</p>	2013-14	R	La méthode de compilation sera modifiée.	R		
<p>Note 3 : Les unités de mesures sont compilées non conformément aux définitions du Manuel de gestion financière dans les centres suivants :</p> <p>6565- Services sociaux Pour une constituante l'unité de mesure « usager » n'est pas conforme aux exigences du Manuel de gestion financière puisque les usager sont compilés selon leur type (admis ou hospitalisé). Cette compilation permet de conclure que l'unité présentée aux pages 650 du rapport financier serait diminuée et le coût unitaire augmenterait.</p> <p>Pour deux autres constituantes, la documentation fournie par les gestionnaires était incomplète. L'unité de ces établissements ne peut donc</p>	2012-13	R	Un tableau de bord a été créé. Le déploiement est en cours.	R		
		R	La documentation est conservée.			

pas être validée et l'impact sur les unités et le coût unitaire présentés aux pages 650 du rapport financier ne peut être déterminé. (DLL)						
Note 3 : Les unités de mesure sont compilées non conformément aux définitions du Manuel de gestion financière dans les centres suivants : 7090 - Centre de médecine de jour L'unité de mesure « usager » est compilée de façon non conforme aux exigences du Manuel de gestion financière puisque l'utilisateur est compilé selon le type d'intervention. Cette compilation permet de conclure que l'unité présentée aux pages 650 du rapport financier serait diminuée et le coût unitaire augmenterait. (DLL)	2013-14	R	La méthode de compilation sera modifiée.	R		
Note 3 : Les unités de mesure sont compilées non conformément aux définitions du Manuel de gestion financière dans les centres suivants : 7553 - Nutrition clinique Pour une constituante l'unité de mesure « l'utilisateur » n'est pas conforme aux exigences du Manuel de gestion financière puisque les utilisateurs sont compilés selon leur type d'intervention. Cette compilation permet de conclure que l'unité présentée aux pages 650 du rapport financier serait diminuée et le coût unitaire augmenterait. Pour deux autres constituantes, la documentation fournie par les gestionnaires était incomplète. L'unité de ces établissements ne peut donc pas être confirmée et l'impact sur les unités et le coût unitaire présentés aux pages 650 du rapport financier ne peut être déterminé. (DLL)		R	Un tableau de bora a été créé. La documentation sera conservée.	R		

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Les résultats de l'exercice du Centre hospitalier Ste-Mary se soldent par un excédent des charges sur les revenus de 7 753 114 \$. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin de l'exercice financier. (St-Mary's)	2014-15	C		R		
La gestion des accès n'est pas restreint à un nombre d'individus limités dans l'application GRH (groupe « SECURITE - SANS RESTRICTION »). Nous avons noté 16 comptes qui possèdent ces privilèges d'accès. (St-Mary's)	2014-15	O				NR
Un individu possède les privilèges d'accès pour créer des comptes utilisateurs dans l'application GRH et est impliqué dans la révision périodique des accès, ce qui ne respecte pas le principe de séparation adéquate de tâches incompatibles. (St-Mary's)	2014-15	O				NR
L'établissement n'a pas reçu de l'agence de la santé et des services sociaux les analyses financières du rapport financier pour les exercices terminés les 31 mars 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 et 2014. (St-Mary's)	2012-13	C				NR
Des observations ont été soulevées à la direction dans le cadre de notre audit: La sécurité concernant les mots de passe devrait être améliorée et en ligne avec la politique interne de l'hôpital. (St-Mary's)	2012-13	C				NR

<i>Rapport à la gouvernance</i>					
Gestion de l'accès des utilisateurs internes Nous avons constaté que les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès à Espresso GRF alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre les exigences de la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion. (DLL)	2014-15	C	La direction et en accord avec cette observation.		NR

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

Activités principales – Fonds d'exploitation					non-audité
	C/A exclusifs au programme-services	C/A non exclusifs au programme-services	Charges non réparties	Transfert de frais généraux	Total
2015-2016					
Santé publique	5 626 009 \$	1 861 \$	74 780 \$	- \$	5 702 650 \$
Services généraux – activités cliniques et d'aide	8 239 949 \$	7 528 827 \$	1 119 924 \$	- \$	1688700 \$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	73 848 520 \$	34 464 893 \$	1 407 839 \$	- \$	109 721 257 \$
Déficience physique	467 037 \$	6 699 694 \$	92 619 \$	- \$	7 259 350 \$
Déficiences intellectuelles et TSA	48 763 631 \$	2 171 964 \$	658 263 \$	- \$	51 593 858 \$
Jeunes en difficulté	63 128 268 \$	3 916 557 \$	866 450 \$	- \$	67 911 275 \$
Santé mentale	79 170 561 \$	15 723 687 \$	1 224 351 \$	- \$	96 118 599 \$
Santé physique	134 912 535 \$	\$88 189 291 \$	2 875 146 \$	- \$	225 976 972
Administration	61 549 590 \$	- \$	5 426 197 \$	(769) \$	66 975 018 \$
Soutien aux services	57 587 514 \$	- \$	908 300 \$		58 495 814 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	53 771 616 \$	- \$	694 914 \$	(81 650) \$	54 384 880 \$
Grand total par programmes-services	587 065 230 \$	158 696 774 \$	15 348 783 \$	-82 419 \$	761 028 368\$

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Globalement l'établissement est en équilibre. Le fonds d'exploitation termine en surplus de 115 584\$ soit un déficit de 2 961 400\$ pour les activités principales, compensé par un surplus de 3 076 984\$ des activités accessoires alors que le fonds d'immobilisations est en déficit de -115 584\$.

CONTRATS DE SERVICES

Contrats de services comportant une dépense de 25 000\$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril et le 31 mars

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique	15	790 855 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	60	4 965 504 \$
Total des contrats de services	75	5 756 359 \$

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5168	270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1. -Constitution et mission

Le Centre universitaire intégré de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (ci-après l'« Établissement ») est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

À la suite de l'entrée en vigueur 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), le 1er avril 2015, l'établissement est issu de la fusion :

- des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw;
- du Centre de réadaptation de l'Ouest-de-Montréal;
- du Centre de soins prolongés Grace Dart;
- du Centre hospitalier de St Mary;
- de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas;
- du Centre de santé et services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle;
- du Centre de santé et services sociaux l'Ouest-de-Montréal.

L'Établissement jouit de tous leurs droits, a acquis tous leurs biens, assume toutes leurs obligations et poursuit toutes leurs procédures sans reprise d'instance. Par conséquent, tous leurs actifs et passifs, ainsi que tous leurs droits et obligations qui s'y rattachaient, ont été regroupés à leur valeur comptable dans les présents états financiers. Les données comparatives au 31 mars 2015 représentent le cumul de leurs activités, après élimination des opérations entre les entités fusionnées. Même si la présentation des données comparatives n'est pas requise lors d'une fusion d'entités, celles-ci ont néanmoins été présentées à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception de celles des pages 650, 660, 320 et 351 du rapport financier annuel AS-471. Cependant, elles n'ont pas été auditées.

Le siège social de l'établissement est situé au 160, avenue Stillview, Pointe-Claire (Québec) H9R 2Y2. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de l'Ouest-de-Montréal.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

Note 2. -Principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Le présent rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et prescrites par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Conséquemment les immeubles loués auprès de la Société québécoise d'infrastructure (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition à la demande du ministère de

la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada, Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier AS-471 exige que la direction de l'Établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et charges de l'exercice ainsi que sur la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers. Les résultats réels peuvent différer de ces estimations.

État des gains et pertes de réévaluation

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même Loi.

Néanmoins, l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères. La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable et méthode de consolidation

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie.

Les états financiers comprennent donc tous les comptes du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas sont consolidées ligne par ligne, lesquelles sont comptabilisées selon la méthode modifiée de la comptabilisation à la valeur de consolidation. Des informations sommaires à leur égard sont présentées à la note complémentaire no 18.

Biens en fiducie

La description des biens détenus en fiducie gérés par l'Établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et lorsque l'Établissement bénéficiaire a respecté tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'Établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et

d'actions ou de communications de l'Établissement, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont satisfaites.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts (RLRQ chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées à titre de revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé, si celle-ci prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Instruments financiers

Les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués à la juste valeur.

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des instruments financiers dérivés.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

Passifs au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées:

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;
- L'Établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité;
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'Établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2015-2016. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés, ainsi qu'une subvention à recevoir du Ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

Passif au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire ainsi que des congés de maladie, des vacances cumulées. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations de rétention des hors-cadres.

Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'aide de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier des trois dernières années. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2016 et des taux horaires prévus en 2016-2017. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 selon les taux horaires prévus en 2016-2017. Ces obligations ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Les principales hypothèses utilisées sont les suivantes :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie – année courante et aux vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1 %	0 %
Indexation	1.5 %	1 %
Accumulation des congés de vacances et de maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Droit parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2016 et la rémunération versée pour l'exercice 2016-2017, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisé	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'exercice financier pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stocks de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, au passif au titre des sites contaminés, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Prêts interfonds

Les prêts entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- **Activités principales** : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- **Activités accessoires** : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement fournit, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- **Activités accessoires complémentaires** : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- **Activités accessoires de type commercial** : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services fournis par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

Note 3. -Maintien de l'équilibre budgétaire

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), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2016, l'établissement a respecté cette obligation légale.

Note 4. -Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) des pages 200 et 206 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 23 juin 2015.

Note 5.-Instruments financiers

L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas présenté.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que les normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux d'intérêt effectif n'a pas d'impact important sur les résultats des activités et sur la situation financière.

Note 6. -Autres débiteurs

La nature des autres débiteurs est précisée à la page 630-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 7. -Placements de portefeuille

La nature des placements de portefeuille, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, les dates d'échéance, les taux de rendement effectif minimum et maximum, les provisions pour moins-values et l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632-00 à 632-02 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

Note 8. -Autres éléments d'actifs

La nature des autres éléments d'actifs est précisée aux pages 360-00 et 400-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 9. -Emprunts temporaires

La nature des emprunts temporaires contractés auprès de parties apparentées, y compris le taux d'intérêt moyen pondéré sont présentés à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires (exploitation) *	56 738 673 \$	70 639 322 \$
Emprunts temporaire (immobilisations)	7 551 719 \$	17 075 713 \$
Avances de fonds – enveloppes décentralisées	14 529 519 \$	27 762 996 \$
Dettes long terme	338 807 265 \$	319 889 249 \$
* Autorisation d'emprunt temporaire pour l'exploitation	Montant minimum	Montant maximum
référence 1300-01-06-16-304 contracté avec RBC	18 050 000 \$	27 050 000 \$
référence 1300-01-06-16-305 contracté avec fonds de Fin.	7 950 000 \$	7 950 000 \$
référence 1300-01-06-16-306 contracté avec BNC	44 700 000 \$	45 600 000 \$

Le taux utilisé est celui des acceptations bancaires + 0.3%. Le mode de renouvellement est celui décrit à la circulaire 2016-013. Le renouvellement se fait deux fois par année. Le prochain renouvellement est le 30 septembre 2016.

Les emprunts temporaires (immobilisations) portent intérêt à taux variable. Les intérêts de ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont donc pas exposés au risque de taux d'intérêts.

Note 10. -Autres créditeurs

La nature des autres créditeurs est précisée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 11. -Dettes à long terme

Détail de la dette à long terme Fonds d'immobilisations au 31 mars 2016

Émis	Dû	Série	Valeur nominale	Taux	Montant du versement périodique	Fréquence du versement	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement garantis par le gouvernement du Québec								
2014	2024	Billet à terme	2 302 047	3,325%	92 082	annuel	2 209 965	2 302 047
2015	2019	Billet à terme	535 308	2,607%	76 473	annuel	458 836	535 308
2015	2019	Billet à terme	8 701 279	1,211%	348 051	annuel	8 353 228	8 701 279
2016	2026	Billet à terme	7 810 822	2,478%	312 433	annuel	7 810 822	0
2015	2020	Billet à terme	1 169 256	2,137%	129 917	annuel	1 039 339	1 169 257
2015	2024	Billet à terme	1 012 923	1,510%	40 517	annuel	972 406	1 012 923
2014	2024	Billet à terme	42 157 407	2,303%	1 859 600	annuel	38 438 208	40 297 808
2014	2023	Billet à terme	7 906 050	3,058%	316 242	annuel	7 589 808	7 906 050
2014	2024	Billet à terme	1 541 354	2,666%	192 669	annuel	1 348 685	1 541 354
2016	2026	Billet à terme	7 873 581	2,478%	314 943	annuel	7 873 581	0
2015	2024	Billet à terme	4 819 208	2,944%	207 870	annuel	4 611 338	4 819 208
2015	2019	Billet à terme	1 264 938	3,325%	50 598	annuel	1 214 341	1 264 938
2016	2026	Billet à terme	3 916 677	2,478%	205 000	annuel	3 916 677	0
2014	2024	Billet à terme	5 114 274	2,079%	317 550	annuel	4 479 175	4 796 725
2015	2021	Billet à terme	6 222 958	2,996%	248 918	annuel	5 974 039	6 222 958
2016	2026	Billet à terme	12 006 136	2,478%	622 452	annuel	12 006 136	0
2014	2018	Billet à terme	2 105 881	2,904%	110 836	annuel	1 995 045	2 105 881
2014	2018	Billet à terme	11 860 755	2,335%	503 702	annuel	10 853 351	11 357 053
2014	2024	Billet à terme	577 760	2,082%	72 220	annuel	433 320	505 540
2016	2018	Billet à terme	1 011 999	* 0,05%	42 167	annuel	927 666	1 410 858
2014	2023	Billet à terme	10 741 856	2,944%	429 674	annuel	10 312 182	10 741 856
2016	2026	Billet à terme	9 827 375	2,478%	512 814	annuel	9 827 375	0
2014	2018	Billet à terme	9 241 968	3,266%	443 671	annuel	8 354 625	8 798 296
2016	2026	Billet à terme	7 752 257	1,238%	310 090	annuel	7 442 167	7 752 257
2016	2026	Billet à terme	8 061 991	2,478%	322 480	annuel	8 061 991	0
Sous-total			175 536 060 \$		8 082 970 \$		166 504 305\$	123 241 596\$

* Taux acceptation bancaire à un mois majoré de 0.05%

Émis	Dû	Série	Valeur nominale	Taux	Montant du versement périodique	Fréquence du versement	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Financement Québec garantis par le gouvernement du Québec								
	2017	Billet à terme	1 373 745	1,778%	274 749	annuel	549 498	824 247
	2017	Billet à terme	5 082 001	1,778%	256 549	annuel	4 312 355	4 568 904
	2018	Billet à terme	1 116 537	2,472%	46 522	annuel	976 970	1 023 492
	2019	Billet à terme	4 953 835	2,114%	229 739	annuel	4 264 616	4 494 356
	2017	Billet à terme	1 472 767	3,594%	63 482	annuel	1 155 356	1 218 838
1993	2018	Billet à terme	3 197 800	9,375%	127 912	annuel	255 824	383 736
2010	2016	Billet à terme	10 303 969	3,835%	787 690	annuel	6 365 521	7 153 210
2010	2016	Billet à terme	6 303 949	2,875%	252 158	annuel	5 043 159	5 295 317
2010	2016	Billet à terme	6 303 949	2,880%	175 714	annuel	2 635 707	2 811 421
2012	2018	Billet à terme	13 669 792	2,664%	617 394	annuel	11 817 612	12 435 005
2012	2019	Billet à terme	16 885 496	2,437%	913 237	annuel	14 145 784	15 059 021
2012	2019	Billet à terme	448 952	2,437%	64 136	annuel	256 544	320 680
	2017	Billet à terme	173 344	2,860%	173 344	annuel	0	173 344
	2017	Billet à terme	1 833 218	2,860%	1 833 218	annuel	0	1 833 218
	2017	Billet à terme	1 584 826	6,400%	75 468	annuel	1 509 358	1 584 826
2011	2017	Billet à terme	6 316 190	2,472%	282 475	annuel	5 186 290	5 468 765
2012	2019	Billet à terme	16 571 154	2,463%	687 418	annuel	14 508 901	15 196 319
2012	2019	Billet à terme	3 760 417	2,437%	191 023	annuel	3 187 346	3 378 370
2012	2016	Billet à terme	1 088 000	1,778%	272 000	annuel	272 000	544 000
2013	2018	Billet à terme	2 477 117	2,114%	99 085	annuel	2 179 863	2 278 948
2008	2015	Billet à terme	9 074 720	4,138 %	6 706 619	annuel	0	6 706 619
2010	2016	Billet à terme	6 099 382	2,942%	268 522	annuel	4 756 770	5 025 292
				2,105% à				
2015	2034	Billet à terme	97 370 584	5,090%	3 582 968	annuel	60 163 370	68 535 112
2011	2017	Billet à terme	15 955 439	2,968%	638 218	annuel	13 402 569	14 040 786
2012	2017	Billet à terme	13 304 853	2,085%	741 819	annuel	11 079 396	11 821 215
2012	2018	Billet à terme	4 861 535	2,122%	194 461	annuel	4 278 150	4 472 612
Sous-total			251 583 571\$		19 555 919\$		172 302 959 \$	196 647 663 \$
Total			427 119 631\$		27 638 889\$		338 807 265 \$	319 889 249 \$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2016, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

Les versements de capital et le financement de la dette à long terme pour les cinq (5) prochaines années s'élèvent à :

	\$
2016-2017	47 684 421 \$
2017-2018	44 735 453 \$
2018-2019	84 955 002 \$
2019-2020	47 955 114 \$
2020-2021	8 236 337 \$
2021-2022 et subséquents	7 425 998 \$
Total	240 992 325 \$

Note 12. -Passif au titre des sites contaminés

Passif Environnemental 43 921 758 \$

L'établissement Douglas 43 546 758 \$

Comptabilisé à titre de passif environnementaux basé sur une étude caractérisation

Le CIUSSS est responsable de décontaminer les terrains nécessitant des travaux de réhabilitation. Ces terrains font l'objet d'un usage productif et ont été contaminés à la suite de deux événements. Une évaluation environnementale du site Phase I a été préparé par AECOM au 6875, boulevard LaSalle à Montréal et présenté au Douglas en avril 2010. Au terme de cette étude, des risques élevés de contamination de contamination sont identifiés dans 2 zones.

Zone 1: Utilisation huile à chauffage, d'essence et de diesel

Zone 2: Pour la disposition de matériaux de remblai

L'établissement DLL 375 000 \$

Comptabilisés à titre de passif environnementaux

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2015-2016.

Note 13. -Autres éléments de passifs

La nature des autres éléments de passifs est précisée aux pages 361-00 et 401-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 14. -Immobilisations corporelles

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, les immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé, la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux pages 420-00 à 423-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 15. -Affectations

La nature des affectations d'origines interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289-00 et 289-01 du rapport financier annuel AS-471.

Note 16. -Informations relatives à l'état des flux de trésorerie

Les informations relatives à l'état des flux de trésorerie sont présentées aux pages 208-01 et 208-02 du rapport financier AS-471.

Note 17. -Gestion des risques associés aux instruments financiers

Dans le cadre de ses activités, l'Établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2016, ces actifs financiers étaient investis dans des certificats de dépôts garantis. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir – réforme comptable est faible, puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les quelques jours suivant la fin de l'exercice.

Le risque de crédit associé aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST et du gouvernement du Canada.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de recouvrement. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, sur l'historique de paiement, sur la situation financière du débiteur et sur l'antériorité de la créance. Au 31 mars 2016, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 83 % du montant total recouvrable (82 % au 31 mars 2015).

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des ouvertures de crédit sans échéance prédéterminé. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime, puisqu'elles sont prises en charge par le MSSS. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin de l'exercice.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds – enveloppes décentralisées. L'état de la situation financière présente les soldes de ces postes.

Du montant des emprunts temporaires totalisant 64 290 392 \$, un montant de 56 738 673 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0.30 %, alors que d'autres représentant 22 081 238 \$ portent intérêt à un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds – enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 353 336 784 \$, un montant de 14 529 519 \$ représente des emprunts portant intérêt à taux variables. Les intérêts à taux

variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde au montant de 337 879 599 \$ représente des emprunts portant intérêt à taux fixes. Ces intérêts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Aucun montant ci-haut ne représente d'emprunts portant intérêt à taux fixes pour lesquels les intérêts sont pris en charge par l'Établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

Une somme de 927 666 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables et ne sont pas pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'Établissement ne gère pas activement ce risque.

L'Établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

Note 18. - Périmètre comptable et méthode de consolidation

Les états financiers consolident celles du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas (la composante), dont les activités sont comptabilisées dans les activités accessoires des pages 660 (Centre d'activités de 100 à 109), alors que les opérations de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas sont comptabilisées à l'extérieur de ces centres d'activités.

Les soldes et opérations entre l'Établissement et la composante sont éliminés.

Le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas a été constitué le 21 juin 1979, en vertu de la Partie III de la loi sur les compagnies du Québec et se livre à toutes formes de recherche ainsi qu'à l'étude dans le domaine de la santé mentale et favorise la transmission à la population des résultats obtenus.

Les états financiers du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas sont consolidés, au 31 mars 2016, à ceux de l'Établissement puisque ce dernier contrôle le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas. Selon la norme SP1300 du Manuel de CPA Canada pour le secteur public, l'Établissement contrôle le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, notamment par :

1. La nomination des membres du Conseil d'administration du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas;
2. Le partage de la même directrice générale;
3. Le fait que le directeur général adjoint de l'Établissement siège sur le Conseil d'administration du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas ;
4. Les locaux ainsi que les actifs du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas appartiennent à l'Établissement;
5. Le Conseil d'administration de l'Établissement approuve les règlements du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas;
6. Le Conseil d'administration approuve et modifie au besoin, la mission du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

L'Établissement a également mis à la disposition du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas certains locaux et payé pour certains frais indirects, tel que prévu dans les règlements de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et ceux du *Fonds de la recherche en santé du Québec (F.R.S.Q.)*.

	Exercice courant	Exercice précédent
Actif		
Court terme		
Encaisse	3 353 786 \$	3 933 860 \$
Placements temporaires	8 500 000 \$	7 500 000 \$
Débiteurs	-	-
Fonds de recherche en santé du Québec	59 965 \$	80 495 \$
Subvention gouvernement fédéral à recevoir	2 913 695 \$	2 818 292 \$
Subvention du gouvernement provincial à recevoir	618 893 \$	3 097 \$
Autres créances	7 387 565 \$	4 787 832 \$
	22 833 904 \$	19 123 576 \$
Passif		
Court terme		
Comptes fournisseurs et autres dettes de fonctionnement	3 133 133 \$	2 796 597 \$
Apports reportés	19 700 771 \$	16 326 979 \$
	22 833 904 \$	19 123 576 \$

L'état des résultats de l'exercice terminé le 31 mars 2016 se résume comme suit

Produits		
Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)	2 708 741 \$	999 096 \$
Subventions gouvernementales - Fédéral	8 662 091 \$	11 321 227 \$
Subventions gouvernementales - Provincial	1 709 409 \$	2 032 516 \$
Fondation de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas	2 006 077 \$	1 763 577 \$
Subventions de sociétés fermées, ventes de services et autres	12 681 168 \$	9 541 311 \$
Revenus d'intérêts sur les actifs financiers détenus à des fins de transaction	93 746 \$	29 039 \$
	27 861 232 \$	25 686 766 \$
Charges		
Salaires	16 779 709 \$	15 546 766 \$
Charges sociales	1 295 380 \$	1 185 751 \$
Fournitures de recherche et autres dépenses	8 825 479 \$	7 870 095 \$
Immobilisations	960 664 \$	1 084 155 \$
	27 861 232 \$	25 686 766 \$
Excédent des produits sur les charges	-	-
Excédent cumulé des charges sur les produits au début	-	-
Excédent cumulé des charges sur les produits à la fin	-	-

Note 19. -Opérations entre apparentés (nature, montant, méthode)

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques et les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

Autres parties liées

Plusieurs organismes sans but lucratif avec qui l'Établissement a un intérêt économique ont eu des opérations pendant l'exercice et des soldes au 31 mars 2016 existent. Ces montants pris globalement, ne sont pas significatifs.

Note 20. -Événements postérieurs à la date du bilan

Au 1^{er} avril 2016, il y a eu entente de cession de l'Hôpital Sainte-Anne (situé au 305, boulevard des Ancien-Combattants, Sainte-Anne-de-Bellevue, province de Québec, H9X 1Y9) entre le Gouvernement du Canada (ci-après appelé le Canada), le Gouvernement du Québec (ci-après appelé le Québec) et le Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux (ci-après appelé l'Établissement).

L'acte de cession comprend l'immeuble, les meubles et les inventaires entre le Canada et l'Établissement.

L'Établissement n'assume pas les passifs et le Canada subventionnera l'Établissement selon une entente de facturation.

Note 21. -Fonds affectés de l'établissement Douglas au 31 mars 2016

L'Institut universitaire en santé mentale Douglas est fiduciaire pour le Ministère de la Santé et des Services Sociaux et le Centre National d'Expertise en santé mentale, pour une somme de 6 781 293 \$ (principalement en encaisse et dépôt à terme).

Prendre note que le montant n'est pas reflété dans les états financiers.

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONs, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (ART.269 LSSSS)

Nom de l'établissement		Code		Page / Idn.			
CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal		1104-5168		292-00 /			
Précision no 3 aux É/F - partie 2-Tous les fonds				exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE			
REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONs, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)							
	Revenus reportés au début	Ajustements à la colonne 1	Sommes allouées dans l'exercice	Revenus inscrits dans l'exercice	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4)	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5)	Notes
	1	2	3	4	5	6	
CONTRIBUTIONS DE TIERS:							
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:							
PROJET SARDM	2	66 318			66 318	0	
Contribution fondation H Lakeshore Immo	3	9 424 023		1 745 118	1 443 825	9 725 316	(301 293)
Aides techniques	4	165 083			14 510	150 573	14 510
Donation petits équipements	5	2 555 556		1 114 701	416 531	3 253 726	(698 170)
Dotation bâtie	6	15 662 475	(15 662 475)			0	0
Revenus reportés SIQ	7	945 843		(1 008 139)	(62 296)	0	945 843
Children Aid	8	38 453			23 037	15 416	23 037
Ministère d'emploi solidarité	9			14 307		14 307	(14 307)
Ministère de la justice	10			26 997		26 997	(26 997)
Comité des usagers	11		28 012	18 697	11 328	35 381	(7 369)
Besoins spéciaux des usagers	12	25 192		19 681	20 996	23 877	1 315
Fonds destination spéciale Grace Dart	13	1 309 441	(7 624)	942 153	354 894	1 889 076	(587 259)
Fonds dest. St-Mary	14	815 787	428 890		70 717	1 173 960	70 717
Fonds destination spe. IUSMD	15	742 895		129 624	206 243	666 276	76 619
Avant 2005	16	882			882	0	882
Serres provost	17	36 726			2 484	34 242	2 484
Geratrice du bâtiment	18	7 542			462	7 080	462
Hotte	19	16 086			736	15 350	736
Fondation Grace Dart (Immo.)	20	767 862		16 412	20 744	763 530	4 332
---	21						
---	22						
---	23						
---	24						
Autres (préciser)	25						
TOTAL (L.01 à L.25)	26	32 580 164	(15 213 197)	3 019 551	2 525 093	17 861 425	(494 458)
DOTATIONS							
Capital	27	11 037 261	(1 071 101)	398 892	1 671 421	8 693 631	1 272 529
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX
Revenus réservés accumulés:							
---	29						
---	30						
---	31						
---	32						
---	33						
Autres (préciser)	34						
TOTAL (L.27 à L.34)	35	11 037 261	(1 071 101)	398 892	1 671 421	8 693 631	1 272 529
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	43 617 425	(16 284 298)	3 418 443	4 196 514	26 555 056	778 071
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:							
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	2 067 432	20 388	1 151 459	567 949	2 671 330	(583 510)
Fds Exploitation - ACT.ACCÈS.(P291)	38	864 336	428 890		119 266	1 173 960	119 266
Fonds Immobilisations (P294)	39	40 685 657	(16 733 576)	2 266 984	3 509 299	22 709 766	1 242 315
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	43 617 425	(16 284 298)	3 418 443	4 196 514	26 555 056	778 071

ANNEXE 1

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION

EN VERTU DE LA LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (chapitre M-30)

Aucun cas n'a été rapporté au cours de l'année 2015-2016

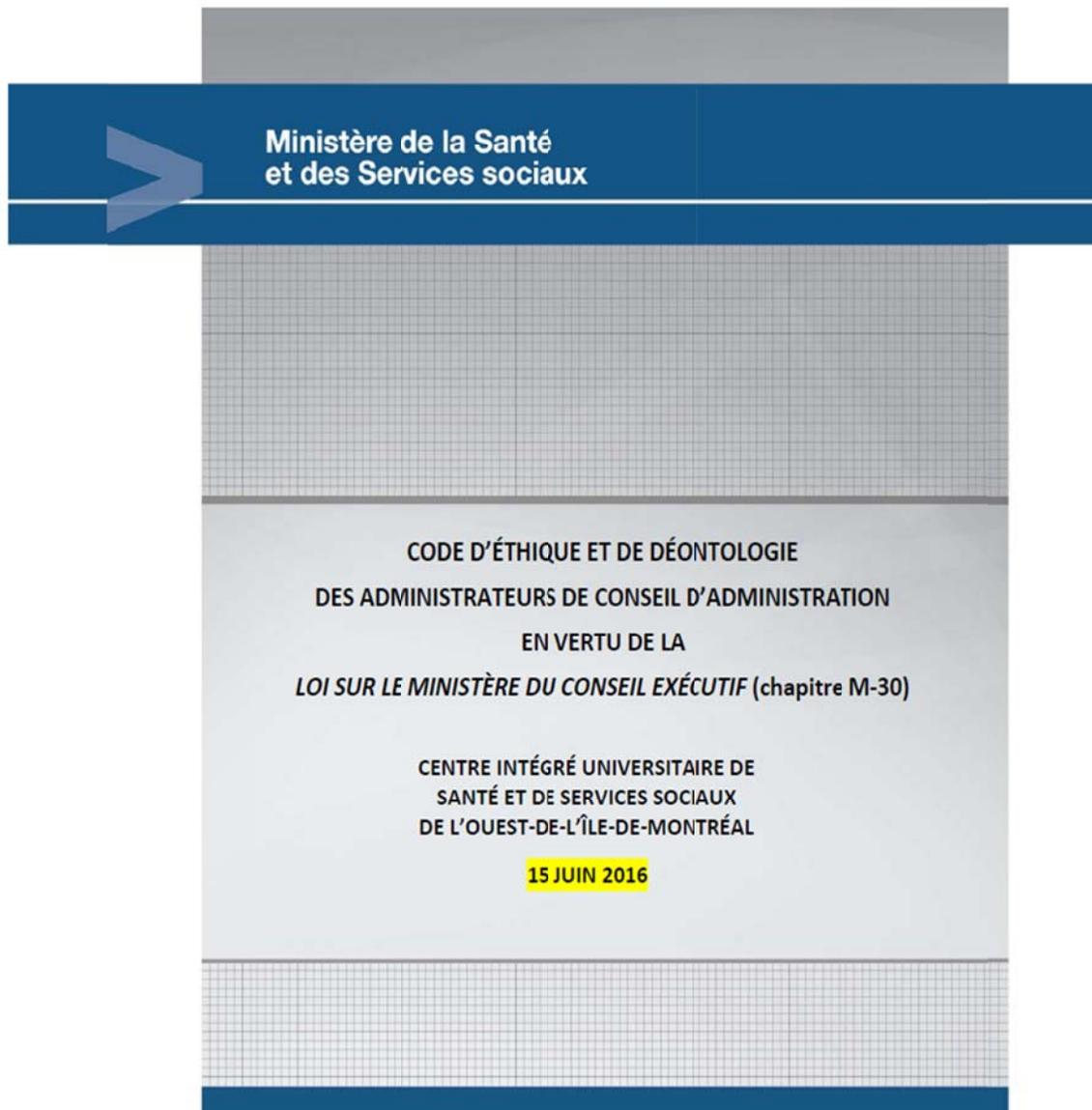


TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
Section 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
Section 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	7
Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	11
Section 4 – APPLICATION.....	13
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	18
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	19
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	20
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	21
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	22
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	23
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	24

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 liées 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 prévus 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 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* 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 lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

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 manoeuvre 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.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

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 proscrit.

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 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.
- 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 qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt 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 nulle, 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 y est soigné ou y 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 soixante (60) 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 soixante 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) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de 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 besoin, 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 peut être composé de membres du conseil d'administration ou 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, 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 un bris 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 une 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 trente (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, _____, membre du conseil d'administration du - _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, 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 _____.

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, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu
_____	_____	
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ [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 _____ due aux faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
 membre du conseil d'administration du _____, déclare les
 éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

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

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 _____.

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 _____. [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 _____.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

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 _____, déclare les éléments suivants :		
1. Intérêts pécuniaires		
<input type="checkbox"/> Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 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 _____.		
<input type="checkbox"/> 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 _____. [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).		
En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.		
_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

<p>Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>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 <i>Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels</i> (RLRQ, chapitre A-2.1).</p> <p>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.</p>		
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu

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

Je, soussigné, _____, 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.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE 2

ENGAGEMENT PERSONNEL ET AFFIRMATION D'OFFICE DU MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Obligation de prêter serment

À la suite de sa nomination, de sa désignation ou d'une résolution du conseil dans le but de combler un poste vacant, les membres du conseil d'administration doivent signer le formulaire « *Engagement personnel et affirmation d'office du membre du conseil d'administration* ayant le libellé suivant :

« Je, soussigné, XXXXXXX, membre du conseil d'administration de **Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**, déclare avoir pris connaissance du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration, adoptés par le conseil d'administration le 16 décembre 2015, 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 **Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, 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 quelque chose que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que celle prévue 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. »

Protection des membres

L'établissement assure la défense d'un membre du conseil d'administration qui a agi à ce titre et qui est poursuivi par un tiers pour un acte accompli dans l'exercice de ses fonctions.

Le paiement des dépenses, lors d'une poursuite pénale ou criminelle, des membres du conseil d'administration qui ont agi à ce titre, est remboursé, mais uniquement lorsqu'ils avaient des motifs raisonnables de croire que leur conduite était conforme à la loi ou qu'ils ont été libérés ou acquittés, ou que la poursuite a été retirée ou rejetée (art. 175, LSSSS).

Un établissement qui n'est pas représenté par un groupe d'approvisionnement en commun visé à l'article 383 de la LSSSS, reconnu par le ministre pour négocier et conclure un contrat d'assurance de la responsabilité civile à l'avantage des établissements qu'il représente et pour en gérer la franchise, doit souscrire un tel contrat à l'égard des actes dont il peut être appelé à répondre. (art. 267, LSSSS).

Vacance

Un membre du conseil d'administration cesse de faire partie du conseil d'administration et son poste devient vacant par suite de :

- a) son décès;
- b) sa démission dûment acceptée par le conseil d'administration;
- c) sa perte de qualité;
- d) sa destitution par le conseil d'administration pour motif d'absence non motivée;
- e) sa suspension ou révocation (art. 152, 153 et 498, LSSSS et art. 21, LMRSSS).

Toute vacance survenant au cours de la durée du mandat d'un membre du conseil d'administration est comblée pour la durée non écoulée du mandat.

Signature

Date

Extrait du projet type – Règlement sur la régie interne du conseil d'administration d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) – Décembre 2015 (disponible en français seulement)

ANNEXE 3

BILAN DE LA DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE CENTRES DE LA JEUNESSE ET DE LA FAMILLE BATSHAW

SIGNALEMENTS TRAITÉS DURANT L'ANNÉE

	2013-2014							2014-2015							2015-2016							
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	
Signalements non retenus	Fille	175	240	205	116	0	736	46,2%	193	337	231	182	5	948	54,4%	168	254	140	113	2	677	46,8%
	Garçon	239	302	198	110	0	849	53,3%	192	329	162	104	5	792	45,4%	193	308	165	83	8	757	52,9%
	Inconnu	3	2	1	1	0	7	0,4%	3	0	1	0	0	4	0,2%	11	2	0	0	0	13	0,9%
	Total	417	544	404	227	0	1 592	52,6%	388	666	394	286	10	1 744	52,5%	372	564	305	196	10	1 447	45,5%
Signalements retenus	Fille	256	252	125	54	0	687	47,8%	264	291	142	61	0	758	48,0%	298	308	152	85	4	847	49,0%
	Garçon	306	291	105	47	0	749	52,2%	293	347	133	49	0	822	52,0%	322	387	136	37	0	882	51,0%
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0,0%	0	0	0	0	0	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
	Total	562	543	230	101	0	1 436	47,4%	557	638	275	110	0	1 580	47,5%	620	695	288	122	4	1 729	54,3%
Signalements traités	Fille	431	492	330	170	0	1 423	47,0%	457	628	373	243	5	1 706	51,3%	466	562	292	198	6	1 524	47,9%
	Garçon	545	593	303	157	0	1 598	52,8%	485	676	295	153	5	1 614	48,6%	515	695	301	120	15	1 646	51,7%
	Inconnu	3	2	1	1	0	7	0,2%	3	0	1	0	0	4	0,1%	11	2	0	0	0	13	0,4%
	Total	979	1 087	634	328	0	3 028	100,0%	945	1 304	669	396	10	3 324	100,0%	992	1 259	593	318	21	3 183	100,0%

Source : CJ06Bat - CJ et famille Batshaw - Statistiques provinciales LPJ – 2016-05-05

SIGNALEMENTS RETENUS PAR PROBLÉMATIQUE

Problématiques	2013-2014							2014-2015							2015-2016							
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	
Abandon																						
Fille			1			1	50,0%		3	2	1		6	50,0%				1		1	16,7%	
Garçon				1		1	0,7%	2	2	2		6	3,8%			2	3		5	2,9%		
Inconnu																						
Total Abandon			1	1		2	0,1%	2	5	4	1	12	0,8%			2	4		6	0,3%		
Abus physique																						
Fille	41	66	30	13		150	47,0%	29	81	36	14	160	47,1%	37	79	40	15	2	173	46,6%		
Garçon	54	90	16	9		169	53,0%	44	101	29	6	180	52,9%	38	130	21	8	1	198	53,4%		
Inconnu																						
Total Abus physique	95	156	46	22		319	22,2%	73	182	65	20	340	21,6%	75	209	61	23	3	371	21,4%		
Risque sérieux d'abus physique																						
Fille	18	13	6			37	56,1%	18	22	6	2	48	40,7%	17	10	7	1		35	47,9%		
Garçon	13	14	1	1		29	43,9%	32	25	7	6	70	59,3%	20	13	5			38	52,1%		
Inconnu																						
Total Risque sérieux d'abus physique	31	27	7	1		66	4,6%	50	47	13	8	118	7,5%	37	23	12	1		73	4,2%		
Abus sexuel																						
Fille	9	11	11	8		39	70,9%	6	11	9	7	33	75,0%	10	9	20	16		55	83,3%		
Garçon	3	8	3	2		16	29,1%	6	4		1	11	25,0%	3	8				11	16,7%		
Inconnu																						
Total Abus sexuel	12	19	14	10		55	3,8%	12	15	9	8	44	2,8%	13	17	20	16		66	3,8%		
Risque sérieux d'abus sexuel																						
Fille	8	5	6	1		20	40,8%	3	7	1	2	13	37,1%	7	12	3	5		27	54,0%		
Garçon	12	13	3	1		29	59,2%	6	10	4	2	22	62,9%	8	8	3	4		23	46,0%		
Inconnu																						
Total Risque sérieux d'abus sexuel	20	18	9	2		49	3,4%	9	17	5	4	35	2,2%	15	20	6	9		50	2,9%		
Mauvais traitements psychologi																						
Fille	86	69	21	11		187	47,9%	116	69	25	5	215	51,9%	123	97	27	15	1	263	51,1%		
Garçon	109	76	15	3		203	52,1%	108	69	19	3	199	48,1%	116	105	26	5		252	48,9%		
Inconnu																						
Total Mauvais traitements psychologiques	195	145	36	14		390	27,2%	224	138	44	8	414	26,2%	239	202	53	20	1	515	29,7%		
Négligence																						
Fille	35	47	17	5		104	47,9%	37	68	22	8	135	43,3%	44	59	20	4		127	44,4%		
Garçon	40	45	20	8		113	52,1%	44	99	25	9	177	56,7%	63	70	24	1	1	159	55,6%		
Inconnu																						
Total Négligence	75	92	37	13		217	15,1%	81	167	47	17	312	19,7%	107	129	44	5	1	286	16,5%		
Risque sérieux de négligence																						
Fille	59	35	6	1		101	45,3%	54	27	13	1	95	54,0%	60	37	6	3	1	107	45,1%		
Garçon	75	34	10	3		122	54,7%	51	23	6	1	81	46,0%	74	42	11	2	1	130	54,9%		
Inconnu																						
Total Risque sérieux de négligence	134	69	16	4		223	15,5%	105	50	19	2	176	11,1%	134	79	17	5	2	237	13,7%		
Troubles de comportement sérieux																						
Fille		6	27	15		48	41,7%	1	3	28	21	53	41,1%		5	29	25		59	46,1%		
Garçon		11	37	19		67	58,3%		14	41	21	76	58,9%		11	44	14		69	53,9%		
Inconnu																						
Total Troubles de comportement sérieux		17	64	34		115	8,0%	1	17	69	42	129	8,2%		16	73	39		128	7,4%		
Total																						
Fille	256	252	125	54		687	47,8%	264	291	142	61	758	48,0%	298	308	152	85	4	847	48,9%		
Garçon	306	291	105	47		749	52,2%	293	347	133	49	822	52,0%	322	387	136	37	3	885	51,1%		
Inconnu																						
TOTAL	562	543	230	101		1 436	100,0%	557	638	275	110	1 580	100,0%	620	695	288	122	7	1 732	100,0%		

ENFANTS AYANT FAIT L'OBJET D'UN SIGNALEMENT

	2013-2014						2014-2015						2015-2016							
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	% aug.	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	% aug.
Enfants ayant fait l'objet d'au moins un signalement	799	873	471	244	0	2 387	785	1 077	528	299	0	2 689	12,7%	795	1 018	474	255	0	2 557	-4,9%
Enfants ayant fait l'objet d'au moins un signalement retenu	474	466	198	81	0	1 219	493	555	229	95	0	1 372	12,6%	533	600	249	108	0	1 490	8,6%

Source : CJ06Bat - CJ et famille Batshaw - Statistiques provinciales LPJ – 2016-05-05

PROVENANCE DES SIGNALEMENTS TRAITÉS

Signalements	2013-2014				2014-2015				2015-2016			
	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%
Milieu familial												
Parent	213	65	278	9,2%	198	62	260	7,8%	137	68	205	6,4%
Fratrie	47	15	62	2,0%	33	29	62	1,9%	49	38	87	2,7%
Enfant lui-même	8	12	20	0,7%	5	6	11	0,3%	5	10	15	0,5%
Conjoint du parent	6	1	7	0,2%	6	2	8	0,2%	5	0	5	0,2%
Total Milieu familial	274	93	367	12,1%	242	99	341	10,3%	196	116	312	9,8%
Employés des différents organismes												
Employé d'un CJ	91	188	279	9,2%	113	185	298	9,0%	137	182	319	10,0%
Employé d'un CSSS	109	126	235	7,8%	99	122	221	6,6%	83	132	215	6,8%
Employé d'un CH ou médecin	131	123	254	8,4%	123	120	243	7,3%	98	139	237	7,4%
Employé d'un milieu de garde	2	1	3	0,1%	5	9	14	0,4%	4	9	13	0,4%
Employé d'un organisme	115	99	214	7,1%	99	102	201	6,0%	78	130	208	6,5%
Famille d'accueil	3	5	8	0,3%	0	2	2	0,1%	2	5	7	0,2%
Autres professionnels	10	12	22	0,7%	6	6	12	0,4%	11	11	22	0,7%
Total Employés des différents organismes	461	554	1 015	33,5%	445	546	991	29,8%	413	608	1 021	32,1%
Milieu scolaire	298	336	634	20,9%	503	399	902	27,1%	279	355	634	19,9%
Milieu policier	387	362	749	24,7%	379	459	838	25,2%	400	567	967	30,4%
Communauté												
Voisins	155	77	232	7,7%	159	69	228	6,9%	146	78	224	7,0%
Autres personnes	17	14	31	1,0%	16	8	24	0,7%	12	12	24	0,8%
Total Communauté	172	91	263	8,7%	175	77	252	7,6%	158	90	248	7,8%
Total	1 592	1 436	3 028	100,0%	1 744	1 580	3 324	100,0%	1 446	1 736	3 182	100,0%

Source : CJ06Bat - CJ et famille Batshaw - Statistiques provinciales LPJ – 2016-05-05

NOMBRE D'ÉVALUATIONS/ORIENTATIONS ET DÉCISIONS DU DIRECTEUR PROVINCIAL

Décisions d'orientation	2014-2015		2015-2016	
	Nombre	%	Nombre	%
Mettre fin à l'intervention	2	2%	1	1%
Référer le jeune au PPCP	15	14%	20	17%
Appliquer des sanctions extrajudiciaires	92	84%	99	83%
Total	109	100%	120	100%

Autres décisions	2014-2015	2015-2016
	Nombre	Nombre
Autre transfert (avant décis.)	0	0
Décès de l'utilisateur	0	0
Retour PPCP-incapacité procéder	12	10
Transfert autre CJ (av. déc.)	0	0
Retour PPCP-prescription atteinte	0	0
Total	12	10

Source : CJ06Bat - CJ et famille Batshaw - Statistiques provinciales LPJ – 2016-05-05

Rapport annuel 2015-2016

Centre intégré universitaire de santé et
de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

160, avenue Stillview
Pointe-Claire (Québec)
H9R 2Y

