RAPPORT ANNUEL

DE GESTION 2016-2017

Québec

PUBLIÉ PAR LA DIRECTION ADJOINTE DES COMMUNICATIONS ET DES RELATIONS AVEC LES MÉDIAS

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

555, boul. Gouin Ouest, Montréal (Québec) H3L 1K5
Tél. : 514 323-7260, poste 2279

Web : ciusss-nordmtl.gouv.qc.ca/
facebook.com/CIUSSSnmtl
Courriel : servicedescommunications.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Note : Dans cette publication, le féminin comme le masculin sont pris dans leur sens générique et désignent aussi bien les hommes que les femmes.

COORDINATION ET RÉDACTION

Josée-Michelle Simard en collaboration avec les directions cliniques et de soutien

CORRECTION D'ÉPREUVES

Argos Interprètes et traducteurs inc.

CONCEPTION GRAPHIQUE ET INFOGRAPHIE

Normand Lavoie et Le zeste graphique enr.

Dépôt légal :
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017
ISBN 978-2-550-75948-45 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-78352-7 (version PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2017
Tous droits réservés.

Table des matières

Message de la présidente du conseil d'administration et du président-directeur général 5

Déclaration de fiabilité des données 6

Rapport de la direction 7

À propos du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal 8

- Organigramme de la haute direction 11
- Conseil d'administration 13
- Comités, conseils et instances consultatives 13

Faits saillants des activités en 2016-2017 20

- Soutien, administration et performance 20
- Programme de santé physique générale et spécialisée 22
- Programmes sociaux et de réadaptation 23
- Enseignement 26
- Recherche 27

Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité 2015-2016 29

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité 36

Politique concernant les soins en fin de vie 38

Ressources humaines de l'établissement 42

Sommes reçues par dons, legs et autres formes de contribution 44

États financiers et analyse des résultats des opérations 45

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 76

Message de la présidente du conseil d'administration et du président-directeur général

Sous le signe de l'engagement envers la clientèle, la collaboration et le partenariat

La deuxième année d'existence du CIUSSS NIM s'est terminée sur un bilan positif, véritable témoignage de la qualité du travail réalisé par nos équipes et par nos partenaires tout au long de l'année.

Plus que jamais, les attentes étaient grandes face à l'amélioration de notre efficience et de notre performance budgétaire, ainsi qu'à notre capacité à offrir des soins et services intégrés, d'une plus grande fluidité et accessibilité pour la population. Dans l'ensemble, nous pouvons dire que nous y avons répondu avec succès.

Des réussites basées sur nos valeurs

Ces réussites en disent long sur notre capacité comme organisation à incarner et à faire vivre les valeurs que nous avons choisies ensemble en 2015-2016. Nous pouvons dire même que nous avons assisté cette année à la naissance d'une nouvelle culture organisationnelle. Cette culture émergente intègre bien entendu le meilleur provenant des établissements ayant constitué notre CIUSSS, mais présente aussi des traits qui sont propres à l'organisation pour laquelle nous travaillons maintenant.

Ainsi, peu importe qu'elles soient de nature administrative ou clinique, nous retrouvons dans les nombreuses réussites de cette année la présence de trois principes de gestion fondamentaux du CIUSSS NIM : l'engagement envers la clientèle, la collaboration et le partenariat.

Ces principes fondamentaux sont aussi présents dans le projet d'amélioration des urgences, où les solutions mises en place ont été choisies par les équipes du terrain. Elles le sont aussi dans la collaboration entre nos résidents et les services alimentaires qui ont permis de bonifier notre offre alimentaire en CHSLD. De plus, elles sont la base qui a servi à instaurer et maintenir un partenariat de qualité avec nos groupes de médecine familiale (GMF), ce qui a conduit à la création sur notre territoire du tout premier GMF-R (superclinique) au Québec et à trois autres ensuite sur notre territoire. Vous trouverez dans notre rapport annuel de gestion d'autres exemples tout aussi éloquents.

Nous pensons que cette nouvelle culture organisationnelle nous a déjà permis cette année d'offrir des réponses innovantes à un grand nombre de défis auxquels sont confrontés tous les établissements au Québec. Nous sommes très fiers de nos succès qui ont été reconnus par le MSSS, lequel déploiera même certaines de nos approches à la grandeur de la province. Bien entendu, des zones potentielles d'amélioration existeront toujours et nous devrons y apporter une attention particulière au cours des prochaines années.

Poursuivre sur notre lancée

D'autres défis nous attendent au cours des prochaines années. Nous allons continuer à mettre autant de cœur et d'énergie à l'atteinte des objectifs du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020, en priorisant notamment certains grands chantiers pour lesquels nous avons obtenu un financement supplémentaire en 2016-2017, dont nous sommes reconnaissants. Pensons à l'amélioration de l'offre de service destinée au soutien à domicile et à l'hébergement ou encore à la poursuite de notre travail d'amélioration de la performance de nos urgences, pour ne nommer que ceux-là. Par ailleurs nous allons poursuivre notre travail entourant la réduction de la main-d'œuvre indépendante (MOI) et l'amélioration du processus de recrutement dans un contexte de rareté des talents. Ces deux grands enjeux sont liés et touchent l'ensemble du réseau, d'où l'importance de poursuivre nos actions locales et le travail de concertation que nous avons amorcé avec d'autres établissements.

Pierre Gfeller, M.D.

Geneviève Hotte

Bien entendu, l'humanisme, le respect et la constante recherche de la qualité, nos valeurs organisationnelles, continueront d'être à la base de toutes nos démarches, à commencer par celles qui touchent notre personnel, incluant médecins et chercheurs, et nos partenaires. Nous allons continuer d'aller à la rencontre des équipes sur le terrain, comme ce fut le cas lors de la tournée du PDG. Nous allons continuer à maintenir des liens privilégiés avec nos conseils professionnels, les usagers et les résidents, ainsi qu'avec nos syndicats, avec qui nous entamerons au cours de la prochaine année des négociations locales d'une grande importance.

Nos relations avec notre grand partenaire académique, l'Université de Montréal, et la réussite de notre mission universitaire feront également partie de nos priorités. La prochaine année sera charnière, à la fois pour l'intégration de toutes nos activités dans un seul centre de recherche, mais aussi pour l'enseignement universitaire que nous souhaitons déployer dans toutes nos installations.

Cette année encore, le CIUSSS NIM a pu bénéficier de l'apport inestimable de ses six fondations. Nous sommes très reconnaissants du soutien qu'elles nous offrent et qu'elles offrent aussi directement à nos usagers. Ce partenariat avec nos fondations est essentiel pour que nous puissions demeurer un centre intégré universitaire d'envergure. Leur implication incontournable complète le financement public de ces importants projets, comme ce fut le cas pour le projet de Centre intégré de traumatologie, qui sera dans les prochaines années le plus grand projet de construction sociosanitaire à Montréal.

Pour conclure

Le succès que nous avons connu au cours des deux dernières années est basé sur la capacité de notre organisation entière à incarner nos valeurs. Nous allons poursuivre sur cette voie, car c'est ainsi seulement que nous pourrons continuer à proposer des solutions innovantes aux grands enjeux auxquels est confronté notre système de santé et de services sociaux. Et puisque nous croyons que le passé est garant du futur, nous sommes convaincus que nous pourrons vous présenter, l'an prochain, un bilan tout aussi exceptionnel, remplis d'exemples d'améliorations concrètes et de réussites, réalisées pour le plus grand bénéfice de nos clientèles et de la population.

Geneviève Hotte
Présidente du conseil d'administration

Pierre Gfeller, M.D.
Président-directeur général

Déclaration de fiabilité des données

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 2016-2017 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-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 2017.

Le président-directeur général,

Pierre Gfeller, M.D.

Rapport de la direction

Les états financiers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-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 du Nord-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 ce 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.

Pierre Gfeller, M.D.
Président-directeur général

Alain Bouchard
Directeur des ressources financières

À propos du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Mission

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

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

Mandat universitaire

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île est affilié à l'Université de Montréal. Important partenaire dans la formation des médecins et des professionnels de la santé, il concentre ses activités de recherche sur trois principaux pôles : la recherche biomédicale, la recherche sociale et la recherche en santé mentale chez les enfants et les adolescents.

Mandats suprarégionaux

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

Ressources en santé et services sociaux

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal compte 26 installations, soit :

5 hôpitaux

- Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal
- Hôpital Fleury
- Hôpital Jean-Talon
- Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies
- Hôpital en santé mentale Albert-Prévost

6 CLSC

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

12 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

- Auclair
- de Cartierville
- de Louvain
- de Saint-Laurent
- de La Petite-Patrie
- Laurendeau
- Légaré
- Notre-Dame-de-la-Merci
- Paul-Gouin
- Paul-Lizotte
- Saint-Joseph-de-la-Providence
- des Bâtisseurs

3 centres ambulatoires

- Centre de services ambulatoires en santé mentale Garnier
- Centre de services ambulatoires en santé mentale Papineau
- Services ambulatoires de santé mentale 1re ligne du CLSC d'Ahuntsic

Sur le territoire du CIUSSS, on trouve également :

- 66 cliniques médicales ;
- 12 groupes de médecine de famille (GMF) dont :
  - 2 unités de médecine familiale en GMF (UMF) assurant l'enseignement clinique ;
  - 4 groupes de médecine familiale réseau (GMF-R).

Territoire

CIUSSS du Nord

Autres CIUSSS

Installations du CIUSSS du Nord

1. Installations du Nord de l'île – Saint-Laurent
2. Installations d'Ahuntsic – Montréal-Nord
3. Installations de la Petite-Patrie - Villeray
4. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
5. Hôpital Rivière-des-Prairies

Le territoire du CIUSSS du Nord-de- l'Île-de-Montréal s'étend sur 88 km^2 et se situe dans la partie nord de l'île de Montréal. Il dessert totalement ou partiellement les territoires montréalais suivants : Ahuntsic et Cartierville, Montréal-Nord, Saint-Laurent, Villeray, Saint-Michel et Parc-Extension ainsi que Rosemont et La Petite-Patrie.

Population

Comptant 436 000 habitants, le territoire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal est le deuxième plus populeux de la région et représente plus du cinquième (22 %) de la population montréalaise totale. Il offre aussi des services spécialisés principalement en traumatologie, en santé respiratoire, en santé cardiovasculaire et en santé mentale à 1,8 million de Québécois d'autres régions.

Le territoire présente également des caractéristiques socioéconomiques particulières puisque la population immigrante est la plus importante en nombre d'individus (153 180). Les proportions d'immigrants, tant récents (10 % contre 8 % pour Montréal) que totaux (38 % contre 33 % pour Montréal), sont les deuxièmes plus élevées de l'île de Montréal.

Personnes hébergées

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal est responsable de :

- 1 941 lits d'hébergement ;
- 557 places en ressources non institutionnelles ;
- 22 places en ressources de type familial.

Portrait sociosanitaire des jeunes du territoire

Selon les dernières statistiques disponibles, soit en 2011, la proportion des familles monoparentales avec enfants âgés de 17 ans ou moins est la même qu'à Montréal (27 %). Près du tiers (30 %) des enfants de la maternelle du territoire sont vulnérables dans au moins un domaine de développement, proportion comparable à la valeur montréalaise (29 %). À la fin de l'année scolaire 2010-2011, ce sont 572 élèves sortant du secondaire dans ce territoire qui n'ont obtenu ni diplôme ni qualification, ce qui correspond à près du quart (23 %) des sortants, proportion supérieure à celle de Montréal (21 %).

Ressources humaines

Le personnel

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal compte à son emploi 12 315 personnes, soit 19 % de l'ensemble des effectifs des CIUSSS de Montréal. Parmi le nombre d'employés, nous comptons 9 033 équivalents temps complet.

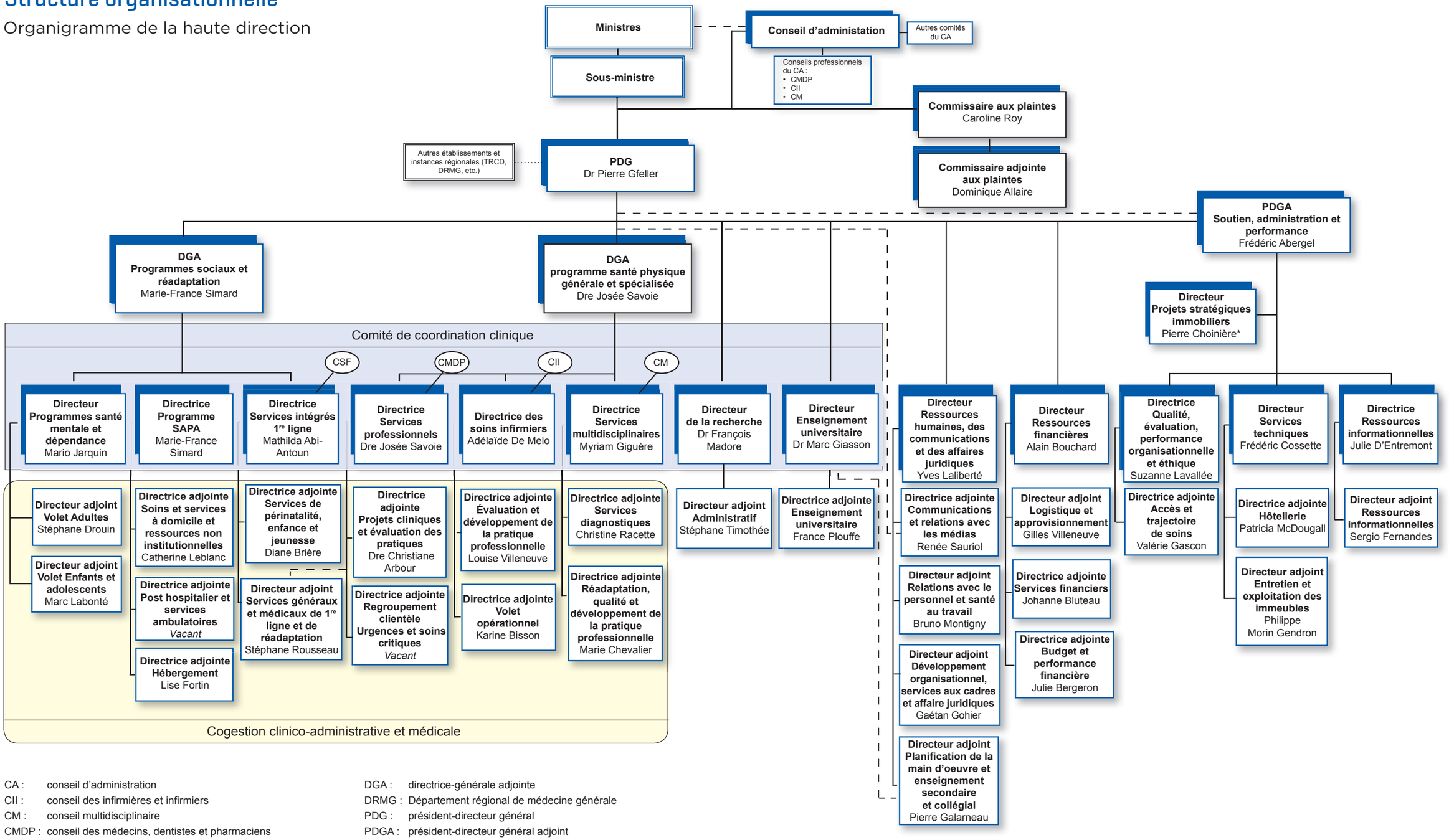
Les médecins

Selon les données fournies par la Régie de l'assurance maladie du Québec, en 2013, 510 médecins (équivalents temps complet) ont travaillé dans les installations du CIUSSS et 268 médecins (équivalents temps complet) ont travaillé dans les cliniques médicales du territoire.

Médecins	CIUSSS	Cliniques médicales du territoire	Total
Omnipraticiens	176	198	374
Spécialistes	334	70	404
Total	**510**	**268**	**778**

Structure organisationnelle

Organigramme de la haute direction



CA : conseil d'administration
CII : conseil des infirmières et infirmiers
CM : conseil multidisciplinaire
CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSF : conseil des sages-femmes
DGA : directrice-générale adjointe
DRMG : Département régional de médecine générale
PDG : président-directeur général
PDGA : président-directeur général adjoint
TRCD : Table régionale des chefs de département

Conseil d'administration (CA)

Membres désignés

Dr Zahi Abou Chacra
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Mme Manon Boily
Conseil multidisciplinaire (CM)

Mme Lyne Constantineau
Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Mme Pierrette Guillaud
Comité des usagers

Dre Christiane Richard
Département régional de médecine générale (DRMG)

Mme Zina Benshila
Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres nommés

Mme Louise Béliveau
Université affiliée

Dr Pierre Gfeller
Secrétaire
Président-directeur général

M. Michel Janosz
Université affiliée

Membres indépendants

M. Norman Décarie
Profil : Risques, finances, comptabilité

Mme Lucie Gérin
Profil : Organisation communautaire

Mme Geneviève Hotte
Présidente
Profil : Vérification, performance ou gestion de la qualité

M. Yvon Jasmin
Profil : Réadaptation

Mme Marianne Le Roux
Profil : Expertise en réadaptation

M. Louis Letellier de Saint-Just
Profil : Santé mentale

Mme Alida Piccolo
Profil : Expérience à titre d'usager des services sociaux

Mme Josephine Primiani
Comité langue anglaise
Profil : Gouvernance et éthique

Mme Lucy Rodrigues
Profil : Ressources immobilières, informationnelles ou humaines

M. Gladimy Télus
Profil : Protection de la jeunesse

Membre observateur

M. Daniel Cyr
Fondations

Comités, conseils et instances consultatives

Comité de gouvernance et d'éthique

M. Louis Letellier de Saint-Just,
Président, membre indépendant du CA

Mme Louise Béliveau
Membre du CA

Mme Manon Boily
Membre du CA

Mme Josephine Primiani
Membre indépendant du CA

Dr Pierre Gfeller
Président-directeur général

Comité de vérification

Mme Marianne Le Roux
Présidente, membre du CA

Mme Geneviève Hotte
Présidente du CA

M. Daniel Cyr
Membre observateur du CA

Mme Lucie Gérin
Membre du CA

M. Yvon Jasmin
Membre du CA

M. Gladimy Télus
Membre du CA

M. Alain Bouchard
Directeur des ressources financières

Dr Pierre Gfeller
Président-directeur général

Comité de vigilance et de la qualité

Mme Alida Piccolo
Présidente, membre du CA

Mme Lucy Rodrigues
Vice-présidente, membre du CA

Mme Pierrette Guillaud
Membre du CA

Mme Josephine Primiani
Membre du CA

Mme Caroline Roy
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Dr Pierre Gfeller
Président-directeur général

Comité de gestion des risques

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général adjoint

Mme Suzanne Lavallée
Directrice de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

Mme Nathalie Chicoine
Présidente et secrétaire du comité
Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

Mme Myriam Giguère
Vice-présidente du comité
Directrice des services multidisciplinaires

Dre Josée Savoie
Directrice des services professionnels

Mme Adélaïde De Melo
Directrice des soins infirmiers

M. Philippe Morin-Gendron
Directeur adjoint, Direction des services techniques

Mme Julie D'Entremont
Directrice des ressources informationnelles

Mme Chantal Morrier
Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

Mme Narimen Hemsas
Direction des programmes de santé mentale et dépendance

Mme Marie-Josée Beaudry
Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées

Mme Diane Brière
Directrice adjointe, Direction des services intégrés de 1re ligne

Mme Chantal Voghel
Présidente du conseil des infirmières et infirmiers

M. Étienne Dumais-Roy
Conseil multidisciplinaire

Dre Magdalene Duniewicz
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Vacant
Conseil des sages-femmes

Vacant
Comité des usagers

Vacant
Personne désignée qui dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier

Comité d'évaluation des mesures disciplinaires

Dre Christiane Richard
Membre indépendant du CA

M. Yvon Jasmin
Membre indépendant du CA

Mme Alida Piccolo
Membre indépendant du CA

Mme Lucy Rodrigues
Membre indépendant du CA

Dr Pierre Gfeller
Président-directeur général

Comité de révision

M. Norman Décarie
Président
Membre indépendant du CA

Dr Jean-Paul Ferron
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dre Teresa Petraglia
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dr André Beaupré
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (substitut)

Comité des ressources humaines

Mme Lucy Rodrigues
Présidente, membre indépendant du CA

Mme Lucie Gérin
Vice-présidente, membre du CA

Mme Alida Piccolo
Membre indépendant du CA

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général adjoint

M. Yves Laliberté
Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Comité de la mission universitaire

M. Yvon Jasmin
Membre indépendant du CA

M. Louis Letellier de St-Just
Membre indépendant du CA

Mme Louise Béliveau
Membre du CA

M. Michel Janosz
Membre du CA

Dr Pierre Gfeller
Président-directeur général

Dr François Madore
Directeur de la recherche universitaire

Dr Marc Giasson
Directeur de l'enseignement universitaire

Comité d'éthique de la recherche

Sous-comité sciences biomédicales

Me Marie Boivin
Juriste

Mme Henriette Bourassa
Membre représentant la collectivité

Mme Christine Grou
Personne versée en éthique

Mme Isabelle Larouche
Vice-présidente
Scientifique non médecin

Mme Andrée Leboeuf
Membre représentant la collectivité

Dr Yvan Pelletier
Scientifique médecin

Mme Elodie Petit
Présidente
Personne versée en éthique

Mme Jadranka Spahija
Scientifique non médecin

Dr Marcio Stürmer
Scientifique médecin

Sous-comité sciences sociales, santé mentale, santé publique

Mme Lise Bergeron
Scientifique non médecin

Mme Marie-Josée Désy
Membre représentant la collectivité

Mme Boutheina Jemel
Scientifique non médecin

Mme Elodie Petit
Présidente
Personne versée en éthique

Me Delphine Roigt
Vice-présidente
Juriste

Conseil des infirmières et infirmiers

Mme Chantal Voghel
Présidente

Mme Geneviève Chouinard
Vice-présidente

Mme Régine Lucéus
Agente de communication

Mme Annie Trottier
Trésorière du conseil

M. Régis Godin
Secrétaire

Mme Catherine Legault
Conseillère

Mme Isabelle Lussier
Conseillère

Mme Karina Rodriguez
Conseillère

Mme Claudie Beauséjour
Conseillère

Mme Urielle Étienne
Conseillère

Dr Pierre Gfeller
Président-directeur général

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général adjoint

Mme Adélaïde De Melo
Directrice des soins infirmiers

Mme Martine Plante
Présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Mme Nathalie Brouillette
Vice-présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dre Kim Boutet
Présidente

Dr Donald Eddé
Vice-président

Dre Marie-Josée Desjardins
Secrétaire

Dr Jean Papacotsia
Trésorier

Dre Annie Clément
Conseillère

Dre Monique Desjardins
Conseillère

Dr Pierre Gfeller
Président-directeur général

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général adjoint

Mme Isabelle Boulanger
Conseillère

Dr Thomas Hemmerling
Conseiller

Dr Alain Lévesque
Conseiller

Dr Nicolas Saumart-Dufour
Conseiller

Dre Josée Savoie
Directrice générale adjointe, Programme de santé physique générale et spécialisée et directrice des services professionnels

Dr Zouhair Sidani
Conseiller

Dre Vicky Soulière
Conseillère et présidente sortante

Dr Zahi Abou Chacra
Représentant du CMDP au CA

Conseil multidisciplinaire

M. Steve Cornellier
Président

Mme Annie Denommé
Vice-présidente

Mme Patricia Décarie
Responsable des communications

Mme Gervaise Tardif
Trésorière

Mme Manon Boily
Secrétaire

Mme Caroline Angers
Membre

Mme Sonia Bruneau
Membre

M. Étienne Dumais-Roy
Membre

Mme Farah Jamal
Membre

M. Jessie Langlois
Membre

Mme Nancy Moyersoen
Membre

Mme Sophie Ravacley
Membre

Dr Pierre Gfeller
Président-directeur général

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général adjoint

Parmi les réalisations

Conseil d'administration

Le conseil d'administration, fort des travaux et des recommandations effectuées au sein de ses comités, a discuté de plusieurs dossiers et projets stratégiques pour le CIUSSS au cours de la récente année, dont :

- Adoption de la Politique en matière de promotion de la civilité et de la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail
- Projet de construction du Centre intégré de traumatologie à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM), incluant l'Unité des soins critiques, l'Unité mère-enfant et l'Unité d'endoscopie
- Orientation sur la gestion des risques
- Remplacement des salles d'angiographie 1 et 2 à l'HSCM
- Qualité de la nourriture dans nos installations
- Centre d'information à la population (514 336-NORD)
- Adoption du mandat et de la composition du comité de la mission universitaire
- Adoption du mandat et de la composition du comité des ressources humaines
- Adoption de la Politique de gestion et usage du cannabis thérapeutique pour les clientèles hospitalisées ou hébergées et de la Règle d'utilisation du cannabis thérapeutique
- Mise en œuvre de 111 places en ressources intermédiaires (RI) pour le réseau local de services (RLS) d'Ahuntsic–Montréal-Nord
- Mise en œuvre de 30 places en RI pour le RLS de La Petite-Patrie–Villeray
- Cession des activités de laboratoire pour la création du projet régional de centralisation Optilab

Il n'y a pas eu de signalement d'infraction ou de questionnement éthique en regard des règles du code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration.

Comité de vérification

Le comité de vérification a tenu six rencontres au cours de l'exercice 2016-2017. Ses principales réalisations ont porté notamment sur le suivi rigoureux de l'utilisation des ressources de l'établissement ainsi que sur la gestion optimale de tous dossiers à caractère financier.

Le comité doit également :

- prendre connaissance des résultats de la vérification et assurer le suivi des recommandations;
- faire les recommandations au conseil d'administration sur l'adoption du budget annuel et des états financiers;
- réaliser des mandats spécifiques relatifs à la gestion de l'établissement que lui confie, à l'occasion, le conseil d'administration.

Comité de vigilance et de la qualité

- Examen du Rapport sommaire de la gestion des risques pour l'année 2016-2017.
- Analyse du Rapport annuel sur la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits 2016-2017.
- Suivi des recommandations du protecteur du citoyen, du commissariat aux plaintes et des engagements des directions générales adjointes à chaque réunion.
- Examen, à chaque réunion du comité, du tableau d'annulation de chirurgie des trois hôpitaux.
- Prise de connaissance des rapports trimestriels des incidents et accidents.
- Prise de connaissance d'un rapport sur la prévention des infections.
- Présentation sur l'état de situation des visites ministérielles visant l'évaluation de la qualité dans les douze CHSLD du CIUSSS du Nord-de-l'Île-Montréal.
- Prise de connaissance du rapport sur l'examen des plaintes pour les périodes 1 à 10.

Comité de gestion des risques

Un comité de gestion des risques représentant les différents programmes et services a été mis en place en mars 2017. Les objectifs et la programmation du comité restent à définir au cours de la prochaine année.

Bien que la création du comité soit récente, la gestion des risques s'est effectuée au sein de l'établissement toute l'année. Parmi les activités du comité cette année :

- Désignation des officiers lors de sa première rencontre ;
- Traitement des dossiers de gestion des risques effectué en collaboration avec les directions.

Comité d'éthique de la recherche

Relevant du conseil d'administration de l'établissement, le comité d'éthique de la recherche (CÉR) veille à la protection des sujets humains participant à des projets de recherche. Le CÉR de l'établissement étant désigné par le MSSS à ce titre, il a la responsabilité d'appliquer l'article 21 du Code civil du Québec concernant la recherche sur les mineurs et les majeurs inaptes.

CÉR de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (CÉR HSCM)

Pour l'année 2016-2017, le CÉR HSCM a tenu dix rencontres au cours desquelles il a étudié 58 projets et a évalué 690 demandes dans le cadre de suivis passifs. Six projets qui prévoyaient recruter des mineurs ou des majeurs inaptes ont été acceptés.

CÉR de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (CÉR HRDP)

Lors de la dernière année, le CÉR HRDP a tenu huit rencontres au cours desquelles il a étudié 19 projets et a évalué 44 demandes dans le cadre de suivis passifs. Sept projets qui prévoyaient recruter des mineurs ou des majeurs inaptes ont été acceptés.

L'année a été plus particulièrement marquée par les activités suivantes :

- La démarche d'optimisation demandée par le MSSS. Le 25 janvier dernier, le conseil d'administration a adopté la dissolution du CÉR HSCM et du CÉR HRDP puis entériné la création du CÉR du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, comportant le sous-comité sciences biomédicales et le sous-comité sciences sociales, santé mentale et santé publique. Un nouveau règlement pour ce CÉR a aussi été adopté par le conseil d'administration ;
- Les modifications dans la liste des membres des deux sous-comités et la réorganisation du soutien administratif.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Vous trouverez ci-dessous les principaux dossiers sur lesquels le CMDP a travaillé au cours de la dernière année :

- Le CMDP a complété la formation des comités obligatoires suivants pour le CIUSSS : le comité exécutif qui agit à titre de comité central, le comité de pharmacologie, le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique, le comité de discipline ainsi que le comité d'examen des titres.

  Dans le but d'améliorer la qualité de l'acte médical, ces comités font des recommandations au comité exécutif qui en assure le suivi. Le comité d'examen des titres doit, entre autres, étudier toutes les nouvelles demandes de nomination des médecins, dentistes et pharmaciens.
- Le CMDP a complété la nomination de tous les chefs de département du CIUSSS; au total, 14 ont été nommés, dont la majorité ont un mandat d'une durée de quatre ans. Le conseil travaille en collaboration avec les chefs de département et service afin d'optimiser la qualité des services médicaux offerts dans notre établissement.
- Afin d'accompagner les membres du CMDP dans le perfectionnement de leur pratique, deux ateliers ont été donnés, soit sur la tenue des dossiers en établissement et sur l'évaluation de l'acte médical. De plus, un atelier sur le comportement perturbateur a été offert aux chefs de département et de service afin de mieux les outiller dans la gestion des équipes.
- Enfin, le CMDP travaille en étroite collaboration avec la Direction sur différents dossiers afin d'assurer la qualité des soins aux usagers. Mentionnons, entre autres, le dossier Optilab, projet de réorganisation des laboratoires de biologie médicale déployé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le CII est fier de souligner que, dès sa première année, il a constitué un comité exécutif permanent complet, soit douze membres, avec une représentativité dans les différentes directions cliniques et installations du CIUSSS. Un comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) est également en place, et huit membres issus de diverses missions et installations y siègent.

Un comité de la relève infirmières et infirmières auxiliaires (CRIIA), composé de personnel infirmier de moins de 10 ans d'expérience, est en place et très dynamique. Celui-ci organise et participe à différents évènements organisationnels afin d'attirer et retenir des jeunes professionnels en santé ainsi que de les accompagner dans leur développement professionnel au sein du CIUSSS. Parmi les activités cette année :

- Participation, en collaboration avec la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, à la production d'une formation en ligne concernant la refonte du Code de déontologie des infirmières et infirmiers.
- Organisation de l'Événement partenariat du RUIS de l'Université de Montréal (UdeM) par la Direction des soins infirmiers et le CII, en collaboration avec la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM ; présenté sous le thème *L'infirmière, acteur clé des soins de première ligne : de la naissance à la fin de la vie,* l'Événement a accueilli plus d'une centaine de participants du réseau montréalais à l'HSCM.
- Organisation de la Semaine de la profession infirmière sous le thème : Façonnons les soins infirmiers de l'avenir!, incluant une conférence ayant comme titre *La prescription infirmière : l'avenir de la profession ;* plus d'une centaine de participants y ont assisté.
- Création du Comité interconseils professionnels du CIUSSS, comité novateur au Québec réunissant les présidents et vice-présidents des trois conseils professionnels du CIUSSS, avec pour principal mandat de collaborer à l'avancement de différents dossiers touchant les trois conseils professionnels; un premier projet, soit le Comité interdisciplinaire d'information aux usagers et familles, vise la mise en place d'une structure afin de s'assurer que l'information clinique distribuée aux patients et à leur famille soit conçue et diffusée de façon accessible et simple, pour les usagers et leur famille.
- Consultation dans la production du guide des abréviations cliniques du CIUSSS, notamment au sujet des inscriptions numériques et symboles dangereux, et de la politique concernant les niveaux de soins.
- Participation active des membres dans plus de 16 comités cliniques et stratégiques du CIUSSS, notamment les comités entourant la démarche d'Agrément Canada ainsi que le comité de gestion des risques.

Comité des infirmières et infirmiers auxiliaire (CIIA)

- Composé de huit membres, dont deux participent aux activités du comité exécutif du CII CIIA pour la production d'un dépliant visant à promouvoir son rôle au sein du CIUSSS.
- Représentations internes afin de faire valoir le champ d'exercice de l'infirmière auxiliaire dans différents secteurs, notamment le bloc opératoire, les GMF et les centres d'hébergement.

Comité de la relève infirmières et infirmières auxiliaires (CRIIA)

- Premier au Québec à inclure les infirmières auxiliaires dans sa composition.
- Dans le cadre de la préparation des futures diplômées à l'examen d'entrée dans la profession de l'OIIQ, mise en place d'une activité de préparation à l'examen de l'OIIQ, *CEPI en herbe ;* plus de 150 futures infirmières en provenance de partout au Québec y ont participé !
- Présentation du CRIIA à la rencontre du Comité jeunesse provincial de l'OIIQ à titre de comité de la relève infirmière modèle; une boîte à outils pour favoriser le développement des CRI dans les organisations a été déployée par le Comité jeunesse provincial à la suite du passage du CRIIA du CIUSSS.
- Création d'un groupe Facebook comptant près de 700 membres.

Conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire (CM) du CIUSSS est d'abord très fier de mentionner que, dès sa première année officielle de fonctionnement, il a constitué un comité exécutif complet, soit 13 membres, avec une forte représentativité des professionnels de tout l'établissement. On constate cette représentativité à la fois sur le plan des diverses professions présentes et sur celui du rayonnement au sein des directions du CIUSSS.

Au cours du récent exercice, le CM a principalement orienté ses travaux vers l'élaboration, l'adoption et la promotion des nouvelles règles régissant la création des comités de pairs et interdisciplinaires. On peut affirmer que le CM du CIUSSS NIM est à l'avant-garde au Québec en ce qui concerne la réglementation des comités interdisciplinaires, ce qui permettra, notamment, à plus de professionnels de pouvoir travailler, en interdisciplinarité, à l'élaboration d'outils ou à la révision de processus.

Concrètement, parmi ses réalisations, mentionnons :

- Début d'une tournée des directions afin de présenter aux cliniciens ces règles de fonctionnement ainsi que le processus d'implantation de ces comités; cinq projets de comités de pairs ont ainsi été implantés.

- Avec l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec, tenue d'un sondage auprès de travailleurs sociaux appelés à travailler en GMF ; ce sondage visait à documenter les préoccupations, les difficultés ou les avantages anticipés par les professionnels concernés.
- Consultation par l'organisation sur différentes politiques organisationnelles : fiche des abréviations, symboles et inscriptions numériques dangereux, Politique des niveaux de soins et Politique relative à l'appartenance aux ordres professionnels des membres du conseil multidisciplinaire.

En terminant, le CM est très engagé dans sa participation à plusieurs comités du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal, autant à l'interne qu'à l'externe :

- Participation à plus de 17 comités internes, notamment les comités entourant la démarche d'agrément, la prévention des chutes, la gestion des risques et les mesures d'encadrement clinique.
- Participation étroite aux travaux de la Commission multidisciplinaire régionale, organisme qui chapeaute le travail de l'ensemble des CM de la région de Montréal.

Faits saillants des activités en 2016-2017

Soutien, administration et performance

La Direction générale adjointe, Soutien, administration et performance chapeaute la Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique, la Direction des services techniques et la Direction des ressources informationnelles.

Le premier volet de sa mission est de soutenir activement toutes les directions cliniques du CIUSSS. Elle appuie notamment les équipes de gestion dans le processus de transformation nécessaire pour intégrer les cinq organisations qui ont formé son établissement et pour y harmoniser les pratiques. Elle assure également l'arrimage des directions cliniques et administratives en présidant le comité de coordination clinique et coordonne les mesures d'urgence et de sécurité civile en vue d'assurer la continuité des soins et des services.

Le deuxième volet veille à la saine et judicieuse administration du CIUSSS dans tous ses secteurs en instaurant les conditions optimales à l'amélioration de la performance organisationnelle.

Elle a enfin pour mandat d'appuyer l'ensemble des directions dans l'instauration d'une culture d'amélioration continue de la qualité et des processus.

Parmi les réalisations

Évaluation, performance organisationnelle et éthique

- Mise en place d'un infocentre intranet afin de faciliter l'accès aux données organisationnelles et populationnelles du CIUSSS.
- Déploiement d'une salle de pilotage stratégique afin de faire le point sur la performance actuelle et engager la discussion pour améliorer la performance future.
- Harmonisation de la codification des données du système d'information Med-Écho afin de mesurer adéquatement le niveau de gravité de la clientèle et refléter la performance réelle du CIUSSS.

Poursuite du centre d'information à la population

Le CIUSSS NIM a mis sur pied l'an dernier un Centre d'information (CI) pour informer et orienter la population de ses territoires de desserte en regard des soins et des services disponibles. Au terme d'une première année d'opération, l'analyse d'efficacité du CI, ouvert de 7 h à 20 h, du lundi au vendredi, démontre que :

- en moyenne près de 70 personnes ont recours à ce service chaque jour ;
- le temps moyen d'attente avant de parler à une agente est de 26 secondes ;
- 58 % des appelants obtiennent une réponse à leur question dès le premier contact.

Dans le contexte de la campagne de vaccination automnale, le CI a aussi répondu à 14 381 appels de personnes désireuses d'obtenir un rendez-vous. Le soutien ainsi offert a permis à ces usagers de recevoir le vaccin à un moment déterminé à l'avance à leur convenance, évitant par le fait même une longue période d'attente.

Création d'un guichet d'accès unique aux services en santé physique

Soucieux de l'accès de sa population aux services spécialisés, le CIUSSS NIM a mis sur pied le Guichet d'accès en santé physique (GASP). Ce service permet aux médecins qui n'ont pas accès au Centre de répartition des demandes de services montréalais de transmettre directement au CIUSSS, en un point d'accès unique, des demandes de services en pneumologie, en endoscopie, en échographie et en cardiologie. Ainsi, les usagers n'ont plus, dans certaines spécialités, à rechercher eux-mêmes un spécialiste. En moins de 72 heures du transfert de la demande, l'usager reçoit un appel l'informant de la prise en charge de sa requête et lui confirmant qu'il obtiendra un rendez-vous à l'intérieur d'un délai établi selon la priorité clinique identifiée par le médecin référent.

Depuis son implantation en cours d'année, ce nouveau guichet, auquel de nouvelles spécialités s'ajouteront prochainement, a déjà permis à 4 627 usagers d'obtenir un rendez-vous en endoscopie et à 3 851 dans les autres spécialités disponibles. Pour ce dernier groupe, le service a été dispensé, dans 93 % des cas, à l'intérieur du délai cible établi selon la priorité clinique.

Systèmes d'information

L'année 2016-2017 a permis la mise en place d'une fondation technologique solide pour le CIUSSS du Nord-de-l'Île tout en réalignant les opérations sur les obligations ministérielles ainsi que sur les initiatives stratégiques de notre établissement. De nombreux travaux majeurs ont ainsi permis de mettre en place les outils nécessaires pour soutenir l'harmonisation et la fluidité des services cliniques et administratifs. Parmi ceux-ci, mentionnons :

- Mise en place d'un réseau informatique et téléphonique rapide, unifié et accessible à tous les utilisateurs ;
- Stabilisation des installations ayant des enjeux de performance et de pannes informatiques ;
- Mise en place d'un projet pilote de mobilité informatique à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur ;
- Déploiement de nouveaux équipements performants auprès des intervenants mobiles ;
- Contribution à la fusion des systèmes de finances, d'approvisionnement et de gestion des requêtes.

Nous complétons actuellement les travaux de normalisation du service informatique qui, pour la plupart, constituent des prérequis permettant la fusion des quelque 700 systèmes d'information de notre organisation. Au-delà des objectifs technologiques, le CIUSSS a aussi mis en place une stratégie de recrutement dynamique, permettant de rehausser notre niveau d'expertise technique dans plusieurs domaines clés.

Services techniques

Construction et maintien d'actifs

En juillet 2016, le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confirmait pour l'exercice 2016-2017 le financement annuel des programmes ministériels en maintien d'actifs (actifs immobiliers, équipements médicaux, équipements non médicaux et mobilier) ainsi qu'en rénovations fonctionnelles mineures. Au total, ce sont plus de 33 M$ qui ont été investis. Parmi les projets, mentionnons les travaux majeurs suivants :

- Réaménagement et agrandissement du Centre d'hébergement de Cartierville, dont les travaux ont commencé le 9 janvier 2017 et devraient être complétés pour décembre 2018 ;
- Construction majeure à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) consistant à un agrandissement de quatre étages au-dessus de l'urgence actuelle afin d'y loger le Centre intégré de traumatologie, l'Unité des soins critiques, l'Unité mère-enfant et l'Unité d'endoscopie; travaux amorcés en juin 2016 et prévus de se terminer à la fin de l'année 2019.

Génie biomédical

Pour l'exercice financier 2016-2017, le CIUSSS du Nord-de-l'Île a bénéficié d'un financement du MSSS de 10 915 862 $ en maintien d'actifs pour le remplacement d'équipements médicaux. Les projets associés à cet exercice se réaliseront au cours de l'année. Néanmoins, au cours de la dernière année, le Service de physique et génie biomédical a mené à terme plus de 160 acquisitions d'équipements médicaux totalisant 6,75 M$ en investissement.

Sécurité et mesures d'urgence

- Dans le cadre des journées d'accueil des nouveaux employés, plus de 365 personnes ont reçu une formation sur les mesures d'urgence de base ;
- Environ 500 personnes ont été formées afin de faire partie de la brigade d'intervention en cas d'incendie dans les CHSLD du CIUSSS NIM.

Hôtellerie

Buanderie-lingerie

- Modernisation de la buanderie à l'HSCM visant la mise à niveau des équipements, qui permettra d'offrir des économies annuelles récurrentes de plus de 500 000 $; une première phase de modernisation effectuée en 2013 afin d'augmenter la performance et l'efficience de la production avait permis de réaliser des économies annuelles de près de 600 000 $.
- Augmentation de notre capacité de production ayant permis de rapatrier les activités de buanderie-lingerie de trois de nos centres d'hébergement, réalisées à l'externe; rapatriement de 100 % de nos activités prévu à la fin de l'exercice 2017-2018.

Hygiène-salubrité

- En collaboration avec le comité de travail sur la durée moyenne de séjour des usagers en milieu de courte durée, révision du processus de demandes de désinfection à l'Hôpital Sacré-Cœur, afin d'améliorer les délais entre le départ d'un usager et l'attribution du lit à un nouvel usager.
- Audits de qualité effectués en continu pour maintenir la qualité des services visés par l'établissement dans tous ses sites.

Alimentation

- Transformation de la production et distribution alimentaire de l'Hôpital Jean-Talon d'une liaison chaude à une liaison froide, permettant d'améliorer la température des mets livrés sur les unités, d'assurer la sécurité et la qualité des aliments, et de desservir la clientèle du CHSLD de la-Petite-Patrie, anciennement sous l'administration du CIUSSS de l'Est.
- Dans le but d'améliorer la qualité et la variété de notre offre de service ainsi que la satisfaction de nos clientèles, création d'un comité alimentation ayant un rôle consultatif, mettant ainsi la table pour le projet ministériel de révision de l'offre alimentaire en centre d'hébergement de soins de longue durée pour lequel le CIUSSS NIM devait produire un manuel d'organisation de projet.
- Nouvelle offre alimentaire en CHSLD et réalisée grâce à l'implication de différentes directions, prévue pour mars 2018.

Programme de santé physique générale et spécialisée

La Direction générale adjointe qui gère le Programme de santé physique générale et spécialisée chapeaute trois directions : la Direction des services professionnels, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires. En étroite collaboration avec ces dernières, la Direction générale adjointe s'assure de planifier et d'organiser tous les programmes de santé physique générale et spécialisée de la mission hospitalière du CIUSSS, c'est-à-dire la médecine, la cardiologie, la pneumologie et la neuroscience, la chirurgie, l'urgence, le service préhospitalier, les soins critiques et le centre de prélèvement d'organes.

Elle est ainsi responsable des bonnes pratiques médicales, de la qualité et de la sécurité des soins et des services ainsi que de leur accessibilité au sein du CIUSSS, ce qui inclut la gestion de tous les professionnels de soins infirmiers, de la réadaptation en santé physique générale et spécialisée, des services diagnostiques et des archives de l'établissement.

Parmi les réalisations

- Désignation officielle du MSSS en tant que Centre secondaire dans le cadre du continuum de services pour personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. L'optimisation de la trajectoire de cette clientèle s'est réalisée grâce à la mise en commun des expertises de chacun, qui incluait un patient partenaire : diminution des délais d'administration de la thrombolyse de 90 à 59 minutes, hausse de 60 % des personnes ayant bénéficié du traitement en un an, réduction des durées de séjour de 44 % et très faible taux de réadmission de 1 %.
- Actualisation des services et départements médicaux uniques, permettant entre autres une meilleure prise en charge de la clientèle tertiaire du territoire.
- Travaux au sein du programme de chirurgie, en collaboration avec le programme de cancérologie, afin de diminuer la liste d'attente et améliorer l'accessibilité à la chirurgie oncologique dans les délais prescrits.
- Travaux fructueux afin d'améliorer la durée moyenne de séjour et la qualité des soins et services au sein des trois urgences de santé physique, l'urgence de l'Hôpital Fleury s'étant démarquée dans l'atteinte des résultats.
- Développement de la chirurgie bariatrique à l'Hôpital Jean-Talon.
- Mise en place de la gouverne en prévention et contrôle des infections par la création d'un comité directeur au sein du CIUSSS ainsi que de comités par axe clinique représentant chaque mission de soins.
- Collaboration à la mise en place à l'Hôpital Fleury et à l'Hôpital du Sacré-Cœur d'un processus visant à planifier le congé hospitalier de façon précoce et conjointe, en impliquant rapidement les intervenants de la première ligne et en déterminant les soins et services subséquents requis à partir des besoins évalués.
- Poursuite du déploiement du guichet d'accès unique en imagerie médicale auprès de l'ensemble des médecins de famille, des spécialistes et des urgentologues du territoire du CIUSSS, créé l'an dernier pour faciliter l'acheminement des demandes d'échographie et ainsi accroitre l'accès aux services diagnostiques pour leur clientèle.
- Mise en place d'un comité interdisciplinaire en cancérologie incluant un patient partenaire et des représentants des services offerts en première ligne.
- Déploiement d'un programme de formation afin d'habiliter toutes les infirmières auxiliaires du CIUSSS à contribuer à la thérapie intraveineuse.
- Début de la prescription infirmière, qui leur permet dorénavant de rédiger des ordonnances de médicaments ou d'analyses dans certaines situations.
- Révision des pratiques professionnelles en réadaptation, afin de s'assurer que le retour à domicile ou dans le milieu de vie antérieur soit la première option envisagée pour orienter un usager à la suite de son congé hospitalier, et révision des processus des ergothérapeutes de la clinique de la main de l'HSCM.
- Dans le cadre du transfert des travailleurs sociaux en GMF, révision de la trajectoire des demandes en service social pour les clientèles externes de l'HSCM afin que certaines interventions soient prises en charge par la première ligne et les GMF.
- Intégration de l'offre de services en nutrition clinique aux programmes offerts en première ligne dans le réseau local de services de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, pour les groupes de préchirurgie bariatrique, et du programme À vous de jouer pour les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, dans une approche collaborative visant le développement d'un continuum de soins optimal en nutrition clinique pour la clientèle adulte externe.
- Intensification des travaux de planification du Centre intégré de traumatologie permettant l'actualisation des plans d'aménagement.

Programmes sociaux et de réadaptation

La Direction générale adjointe des Programmes sociaux et de réadaptation chapeaute trois directions : la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées, la Direction des services intégrés de première ligne ainsi que la Direction des programmes de santé mentale et dépendance.

Cette direction générale adjointe a travaillé plus particulièrement, cette année, au déploiement des nouveaux groupes de médecine familiale (GMF et GMF-R), au développement d'une offre de services pour l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies, à la réorganisation de l'offre de services en santé mentale au sein de nos diverses installations afin de définir leur spécialité, au déploiement d'un plan d'action visant à éliminer la présence des usagers dans nos hôpitaux qui nécessitent des niveaux soins alternatifs, à l'extérieur des milieux de courte durée et à la gestion du projet de rénovation du CHSLD de Cartierville.

Parmi les réalisations

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

- Participation aux travaux montréalais visant la transformation du nombre de lits en CHSLD et en ressources intermédiaires afin de garantir un accès optimal à l'hébergement pour la clientèle âgée.
- Gestion de la planification du projet de rénovation du CHSLD de Cartierville et ouverture temporaire de 60 lits d'hébergement à l'Hôpital Jean-Talon, permettant de maintenir l'accès aux places d'hébergement.
- Déploiement d'un modèle opérationnel en soins infirmiers en CHSLD favorisant le rehaussement des pratiques cliniques et la qualité des soins dispensés.
- Poursuite des plans d'amélioration à la suite des visites ministérielles en CHSLD et élaboration de trois cadres de référence soit : plan d'intervention et rencontres interdisciplinaires, accompagnement du résident en fin de vie et actions visant à contrer la maltraitance envers les résidents en CHSLD ; ces cadres de référence seront déployés au cours de l'année 2017-2018.
- Mise en place d'un comité transversal milieu de vie et d'un comité local milieu de vie, dans chacun des CHSLD, au sein desquels sont impliqués des résidents et des proches.
- Réalisation d'un état de situation sur les soins d'hygiène dans tous les CHSLD et d'un plan d'action afin d'améliorer l'environnement physique, l'accès aux équipements spécialisés et l'organisation du travail.
- Déploiement du plan d'allocations en CHSLD permettant de rehausser la présence de préposés aux bénéficiaires et de personnel de soins infirmiers.
- Tenue de séances d'observation lors des activités-repas dans tous les CHSLD et réalisation d'audits-qualité permettant de cibler les améliorations à apporter afin d'offrir aux résidents une période privilégiée qui contribue au maintien de leurs capacités, tant sur le plan physique que social.
- Contribution à la réalisation des engagements des PDG issus du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD, tenu les 17 et 18 novembre 2016 et visant à améliorer l'organisation des soins et services aux ainés en CHSLD.
- Poursuite de la revue de la trajectoire de soins offerts à la personne âgée au sein du CIUSSS.
- Déploiement d'un vaste plan de formation pour les intervenants en soins palliatifs et aux soins de fin de vie.
- Participation au développement du réseau de services intégrés pour les personnes âgées avec les partenaires du réseau de la santé : résidences privées pour aînés, entreprises d'économie sociale en aide à domicile, organismes de répit et soutien aux aînés.
- Participation aux activités liées au plan d'action provincial pour contrer l'abus et la maltraitance des aînés qui incluait une gamme d'outils promotionnels déployés dans nos installations.
- Consolidation du mécanisme d'accès à l'hébergement pour la clientèle adulte en perte d'autonomie du territoire de notre CIUSSS.
- Contribution aux travaux régionaux afin de développer un plan d'actions pour réduire le pourcentage de clients en attente de niveau de soins actifs (NSA) au sein des hôpitaux du CIUSSS.

Santé mentale et dépendance

Volet jeunesse

- Regroupement de l'offre de services des approches spécifiques 0-5 ans à l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, afin de mieux cibler les interventions requises et de diminuer les listes d'attente pour ce groupe d'âge.
- Réorganisation des services d'hospitalisation pour la clientèle avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) dans le but de répondre davantage aux besoins des jeunes avec un TSA nécessitant une hospitalisation afin d'évaluer ou de traiter les comorbidités psychiatriques associées.
- Signature d'une entente interétablissement avec le CISSS de Lanaudière pour l'hospitalisation des jeunes de son territoire pendant la période estivale 2016. Ceci a permis au CISSS d'éviter un bris de services pour l'hospitalisation de ces jeunes. Plus de 20 jeunes de ce territoire ont bénéficié de nos services d'hospitalisation pendant cette période.
- Rehaussement des professionnels en santé mentale jeunesse de première ligne dans le réseau local de services de La Petite-Patrie–Villeray, afin d'augmenter l'accessibilité aux services.

Volet adulte :

- Développement d'une équipe de suivi intensive dans le milieu (SIM) avec six professionnels, pour le territoire du Nord-de-l'Île–St-Laurent. Nous avons développé 54 nouvelles places pour les personnes souffrant de problèmes graves de psychose.
- Rehaussement du nombre de professionnels dans les équipes de suivi d'intensité variable des réseaux du Nord-de-l'Île–St-Laurent (NISL) et de La Petite-Patrie–Villeray (PPV). Au total, 36 nouvelles places ont été développées pour les personnes ayant des difficultés sur le plan des habiletés sociales en situation de crise, avec des problèmes de dépendance et d'itinérance, réfractaires aux suivis ou sans suivi en santé mentale.
- Décentralisation des activités d'évaluation psychiatrique dans les guichets d'accès en santé mentale (GASMA) des territoires de PPV et de NISL. Les usagers ayant besoin d'une évaluation en psychiatrie n'ont pas besoin d'être référés en deuxième ligne, l'évaluation se fait sur place au CLSC. Ceci a permis de diminuer les listes d'attente et de donner un accès plus rapide aux usagers.
- Réduction importante des listes d'attente dans l'ensemble des cliniques externes de psychiatrie du territoire de notre CIUSSS. Au 1er avril 2016, nous avions 350 personnes qui attendaient pour une évaluation ou une prise en charge; au 31 mars 2017, moins de 100 personnes sont en attente.
- Signature d'une entente avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal pour développer 16 places de réadaptation intensive destinées aux adultes, adolescents et enfants présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) sévère, avec troubles graves de comportement.
- Changement de vocation de l'unité de soins actifs de santé mentale à l'Hôpital Fleury, devenue une unité de réadaptation d'hébergement transitoire de 20 lits. L'objectif de ce changement : centraliser en un seul lieu les usagers qui sont en attente d'hébergement dans nos lits de courte durée et réduire la durée moyenne d'attente à l'urgence et dans les unités de soins pour des services d'hébergement.

Services intégrés de première ligne

- Déploiement du nouveau programme GMF : révision complète de l'offre des services psychosociaux généraux de première ligne, autant dans sa fonction d'accueil que pour les suivis de court et long termes.
- Neuf travailleurs sociaux en provenance des services sociaux généraux ont ainsi été déployés dans les différents GMF du territoire afin de travailler en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire de ces cliniques.
- Centralisation des activités de l'accueil psychosocial du réseau local de services d'Ahuntsic–Montréal-Nord (AMN) au CLSC de Montréal-Nord.
- Optimisation de l'offre de services des centres de prélèvement permettant la standardisation des heures d'ouverture (7 h à 11 h), l'augmentation de l'offre en soins pédiatriques pour les enfants à partir de l'âge de 2 ans, ainsi qu'une réduction du temps d'attente.
- Migration de toute la clientèle inscrite au Guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien vers le nouveau système d'inscription provincial appelé Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).
- Prise en charge des services de santé de l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies.
- Ajout d'un 13e GMF en mars 2017.
- Présence de quatre GMF-R (super-cliniques) dans deux de nos réseaux locaux de services.
- Réorientation des usagers en provenance des urgences des centres hospitaliers de notre établissement et présentant des pathologies ciblées et évaluées de priorité 5 vers les cliniques-réseau et GMF du territoire; depuis le début du projet, soit en juin 2015 et jusqu'à la fin mars 2017, le nombre d'usagers réorientés est de 13 712 personnes.
- Projet Alzheimer : implantation du projet dans quatre de nos GMF, soit Papineau-Villeray, Ahuntsic, Plein-Ciel et Bordeaux-Cartierville.
- Programme de maladies chroniques : travaux visant à définir une offre de services fluide, continue et complémentaire en maladie chronique. Le bilan pour cette année :
  - État de situation et plan d'action visant l'optimisation de l'offre de services du programme de 1re ligne en maladies chroniques ;
  - Participation à la rédaction du plan d'action montréalais en prévention et en gestion des maladies chroniques 2016-2021 ;
  - Développement d'une offre de soins et de services continue en nutrition clinique ;
  - Développement d'une offre de services continue en réadaptation cardiopulmonaire ;
  - Mise en œuvre de groupes de travail afin de produire des plans cliniques en cardiologie et en pneumologie ainsi qu'un plan d'affaires pour la pérennisation du Centre de réadaptation Jean-Jacques Gauthier ;
  - Organisation de la prise en charge, à tous les niveaux, de la clientèle ayant besoin de chirurgie bariatrique.

Comité régional consultatif en santé respiratoire

- Mise en place de la gouverne régionale en santé respiratoire, dont le CIUSSS est mandataire pour le territoire de Montréal.
- Révision du programme régional de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (processus clinique, descriptif des rencontres, outils cliniques et outils d'enseignement).

Programme de santé publique

- Contribution aux travaux ayant conduit à l'adoption du Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal 2016-2021 (PARI-SP) élaboré par la Direction régionale de santé publique de Montréal. Il s'articule autour de quatre grands axes :
  - Le développement global des enfants et des jeunes.
  - L'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires.
  - La prévention et le contrôle des maladies infectieuses.
  - La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences.
- Révision en cours de l'offre de services locale en santé publique avec les équipes, en regard des priorités établies par la Direction régionale de santé publique, particulièrement pour les programmes suivants : prévention clinique, écoles et milieux en santé, prévention des ITSS, dont le VIH/SIDA, immunisation, environnements favorables à la santé et aux saines habitudes de vie.
- Gestion des mesures de santé publique pour la création d'environnements favorables en petite enfance et en jeunesse avec les instances sectorielles concernées.
- Élaboration d'un cadre de référence et de pratique en organisation communautaire visant une harmonisation des services.
- Contribution aux actions menées par les tables de quartier des six arrondissements de notre réseau territorial en vue de l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan en développement social local.
- Soutien accordé à plusieurs instances de concertation sectorielles : petite enfance, jeunesse, aînés, sécurité alimentaire, logement, etc.
- Accompagnement de plusieurs organismes communautaires dans la consolidation ou le développement de leur organisation.
- Organisation de séances d'information et autres initiatives favorisant les liens de collaboration entre les intervenants du CIUSSS NIM et les organismes communautaires.

Télésanté

L'objectif principal de la télésanté est d'améliorer l'accessibilité et la fluidité par une intégration territoriale de l'organisation des services.

Parmi les réalisations de 2016-2017, on compte :

- Cartographie de toutes les activités.
- Cartographie de toutes les stations de visioconférences.
- Consolidation de la télécardiologie.
- Mise en place d'un comité tactique composé par des représentants de toutes les directions du CIUSSS.

Périnatalité, enfance et jeunesse

- Obtention d'un financement non récurrent de la Direction de la santé publique pour la mise en place de mesures contribuant à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel à l'Unité mère-enfant de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal.
- Harmonisation de l'ensemble de l'offre de services 0 – 18 ans.
- Création du comité de coordination Jeunesse CIUSSSS (CCJC) visant à consolider et réaliser les orientations du programme-services Jeunes en difficulté.
- Projet CIRENE (Centre intégré du réseau en neurodéveloppement de l'enfant) : réalisé en collaboration avec le CHU Sainte-Justine, consiste à donner accès aux parents à une plateforme Web, afin que ceux-ci complètent un ensemble d'outils de dépistage qui permet de les orienter vers le niveau de services requis.

  Dans le cadre de cette première année d'expérimentation, nous observons que le projet a permis de :

  - Diminuer de 47 % le délai entre la date d'ouverture de la demande et la date d'attribution du code d'accès.
  - Diminuer de 71 % le délai requis pour recevoir les questionnaires remplis par les parents.
  - Diminuer de 3 mois l'âge moyen de l'enfant lors de l'orientation vers les services requis.
- Nouvelle entente avec le Cégep Ahuntsic : présence au Cégep, quatre jours par semaine, d'une infirmière bachelière pour animer des activités de promotion, prévention et protection de la santé ainsi que des activités en lien avec le maintien et le rétablissement de la santé.
- ALLIANCE – un réseau pour le mieux-être de l'enfant et sa famille : programme-cadre en négligence visant, entre autres, à contribuer à ce que les enfants âgés de 0 à 12 ans reçoivent une meilleure réponse à leurs besoins, afin de diminuer les effets marqués de la négligence sur leur développement.

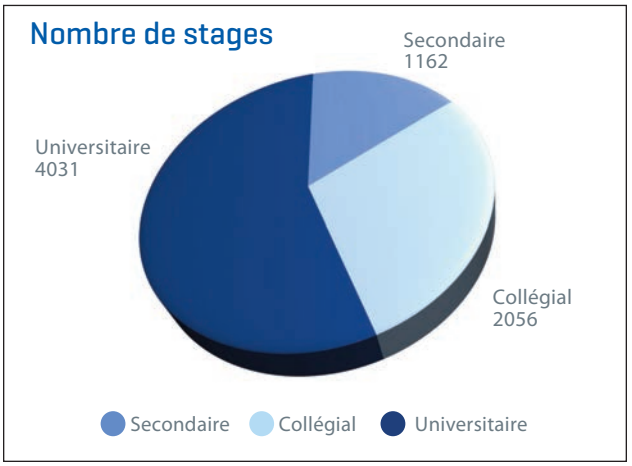
  Dans la dernière année, plus de 125 personnes sur le territoire du CIUSSS, partenaires internes et externes, ont reçu une formation. Ils viennent s'ajouter aux 200 personnes déjà formées à cette approche de prévention de la négligence. Une quarantaine d'enfants et de familles ont ainsi pu bénéficier de cette approche.

Enseignement

Parmi les réalisations

Stages et activités d'enseignement

Le CIUSSS NIM poursuit son engagement dans la formation de la relève professionnelle en santé et services sociaux. Cette année, l'établissement a accueilli **7249 stages** de niveau secondaire, collégial et universitaire. Ces stages s'effectuent dans près de 65 disciplines différentes du milieu de la santé ainsi que des secteurs psychosocial, administratif et de la recherche. Ils se réalisent en collaboration avec de nombreux partenaires (45) de la région de Montréal, mais aussi d'ailleurs au Québec et à l'étranger. Ce sont environ 600 superviseurs employés du CIUSSS qui collaborent en temps et en expertise pour former ces stagiaires.



Les stages se répartissent de la façon suivante :

- Médecine : 3 146
- Soins et services infirmiers : 3 319
  (464 universitaire, 1785 collégial et 1 070 secondaire)
- Pharmacie : 137
- Réadaptation : 173
- Autres disciplines de la santé : 257
- Psychosocial : 96
- Administration : 79
- Disciplines des services techniques : 42

À ces stages, s'ajoutent également quelques centaines d'observations en médecine, pharmacie ou dans diverses disciplines réalisées par des étudiants ou personnes intéressés à connaître ou observer les différentes facettes des métiers de la santé ou des services sociaux, afin de choisir ou mieux connaître un métier, rencontrer un professionnel ou réaliser un projet académique.

Des mécanismes ont aussi été établis avec les services des ressources humaines pour favoriser le recrutement des stagiaires et doter le CIUSSS d'un personnel compétent, formé dans les milieux auxquels il se destine.

Le CIUSSS NIM veut confirmer son engagement dans un enseignement de qualité en se positionnant comme formateur de choix. Cette année, les critères pour accéder à ce statut ont été établis et un plan d'action est en cours pour atteindre cet objectif.

Centres de simulation

Le centre de simulation du CIUSSS, situé à l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, poursuit ses activités de formation en laboratoire ou sur les différentes unités. Grâce à l'utilisation de mannequins spécialisés et la collaboration de personnel formé en simulation, ces formations sont sans danger pour la clientèle et permettent d'assurer la mise à jour des connaissances des employés, médecins et stagiaires du CIUSSS, dans différents secteurs comme les soins intensifs, le trauma, les soins critiques, les pratiques respiratoires et la réanimation cardiovasculaire. L'équipe du centre de simulation et ses collaborateurs a ainsi donné **120 formations** cette année.

Deux nouvelles formations novatrices ont été aussi mises en place : **IntenSIM** et **MEDurg**. Ces deux formations visent à améliorer le travail de collaboration interdisciplinaire dans des contextes cliniques de soins intensifs ou d'urgence.

Par ailleurs, nous avons obtenu un financement de 2,5 M $, en partenariat avec les cégeps de Montréal, pour l'aménagement au CIUSSS d'un centre régional de simulation qui permettra d'offrir, dès l'automne 2018, plus de 1 300 simulations par année aux stagiaires en soins infirmiers des cégeps et commissions scolaires. Ce nouveau centre offrira aussi des simulations sur mesure pour la formation continue des équipes d'employés et médecins de notre CIUSSS et des établissements de santé partenaires.

Service documentaire

Le service documentaire contribue à améliorer la qualité des soins en aidant les professionnels de la santé à demeurer à la fine pointe du progrès dans leur domaine de spécialisation.

Il poursuit donc sa transformation et son virage numérique afin de favoriser et faciliter un accès rapide aux connaissances médicales et paramédicales les plus pertinentes et fiables, grâce à l'expertise de son personnel, ses collections spécialisées et ses moyens de diffusion de pointe.

Dans le but de répondre aux besoins en documentation et en information des employés et médecins de toutes les installations du CIUSSS NIM, le service documentaire a mené les réalisations suivantes :

- Création d'un portail Web, accessible de toutes les installations. Le portail est non seulement la porte d'entrée des bibliothèques pour les usagers par l'accès au catalogue de nos collections, mais est également une riche source d'informations, notamment par l'accès à des bases de données, des livres et revues électroniques et des ressources électroniques ;
- Création d'un guichet unique pour les utilisateurs des bibliothèques via une adresse courriel ;
- Harmonisation des services offerts aux utilisateurs : prêt entre bibliothèques, prêt de documents, recherche bibliographique.

Recherche

Les activités de recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île sont maintenant regroupées sous une seule entité, selon trois pôles :

- Psychosocial
- Biomédical
- Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Le centre de recherche compte ainsi près de **200 chercheurs** autonomes et associés. Il a accueilli cette année **411 étudiants** à la maitrise, au doctorat, en surspécialisation et en stage postdoctoral et bénéficié d'un financement de 12 920 510 $. Ses équipes ont par ailleurs contribués à près de 300 publications officielles.

Parmi les réalisations

Projets d'infrastructure

- Lucie Blais, chercheuse de l'axe maladies chroniques, a obtenu 69 420 $ de la Fondation canadienne de l'Innovation pour financer la mise en place du projet *E-tools for optimal drug prescribing and use* (outil en ligne pour une prescription et un usage efficace des médicaments).

Chaires de recherche et réseaux

- Valérie Mongrain, chercheuse en neurosciences, a été nommée à la tête de la Chaire de recherche du Canada (niveau 2) en physiologie moléculaire du sommeil du Programme de chaires de recherche du Canada.
- La Chaire Caroline-Durand en traumatologie de l'Université de Montréal a été officiellement lancée. Son titulaire est Louis de Beaumont, neuropsychologue reconnu pour ses travaux sur les effets à long terme et cumulatifs des commotions cérébrales. La Fondation Caroline Durand et la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur ont respectivement contribué à hauteur de 4 M $ et 1 M $ à la création de cette chaire de recherche.
- Simon Bacon, docteur en science de l'exercice, a obtenu la Chaire de mentorat en essais cliniques novateurs de la Stratégie de recherche axée sur le patient des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).
- Les travaux du Réseau canadien sur le sommeil et les rythmes biologiques financés par les IRSC et dirigés par Julie Carrier, psychologue spécialisée en sommeil, ont débuté en 2016

Bourse de carrière et de formation

- Les FRQ ont attribué dix bourses de carrière offerts aux chercheurs du CIUSSS.
- Les FRQ ont également attribué des bourses de formation à treize étudiants.

Transfert des connaissances

- Organisation d'un colloque interdisciplinaire : *L'évaluation au cœur des transformations en santé, services sociaux et développement des communautés,* à la Grande Bibliothèque de Montréal. Plus de 160 personnes ont participé à cette journée de réflexion sur le rôle et les enjeux de l'évaluation dans un contexte de profonds changements structurels dans le réseau de la santé et des services sociaux.
- Organisation d'une école d'été en partenariat avec l'École de santé publique de l'Université de Montréal sous le thème *Maîtriser l'analyse des réseaux de relations sociales.*
- Organisation d'un colloque avec le partenariat de recherche ARIMA sur les transformations institutionnelles dans le cadre du 84e congrès de l'ACFAS.
- Présentation de huit conférences *Midis InterActions*, ayant touché plus de 140 employés et membres de la communauté. Ces présentations par un duo formé d'un chercheur et d'un praticien ont notamment permis d'expliquer les travaux de recherche en lien avec la qualité des soins infirmiers, l'insalubrité du logement et l'exclusion ainsi que le passage des soins pédiatriques aux soins adultes.
- Séminaire de formation s'intitulant *Intervenir auprès des personnes âgées dans un contexte pluriethnique* présenté aux équipes hospitalières.

Prix et distinctions

- Catherine Lemière, M.D., a reçu le prix Paul Man Lectureship 2016, remis par la Faculté de médecine de l'Université de l'Alberta, pour ses recherches sur les maladies pulmonaires.
- Kim Lavoie, psychologue spécialisée en sommeil, a été nommée au Collège de la Société royale du Canada comme nouvelle chercheuse et créatrice en arts et en sciences.
- Roxane Borgès Da Silva, économiste, a reçu un prix soulignant l'excellence de ses travaux lors de la Conférence annuelle de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé tenue en mai 2016 à Toronto.
- Dominique Petit, docteure en sciences neurologiques et coordonnatrice au laboratoire du Docteur Jacques Montplaisir du Centre d'études avancées en médecine du sommeil, a reçu le Prix d'excellence des professionnels de recherche des Fonds de recherche du Québec (FRQ).
- Dans le cadre du Congrès de l'American Association of Dental Sleep Medicine, en juin 2016, Yoshitaka Suzuki, postdoctorant sous la supervision du Dr Gilles Lavigne, a récolté les honneurs en remportant le Graduate Student Research Award & Research Excellence Award, pour ses recherches en trauma crânien.

Guides et publications

- Prix de développement professionnel de l'Association des médecins psychiatres du Québec pour l'ouvrage collectif *Les troubles du sommeil et les maladies affectives,* auquel a notamment collaboré le psychologue Roger Godbout.
- Lancement du livre *L'intervention précoce pour enfants autistes* publié aux Éditions Mardaga par le psychiatre Laurent Mottron.
- Publication aux Presses de l'Université du Québec du livre *La santé en réseaux. Explorations des approches relationnelles dans la recherche sociale au Québec*, sous la direction de Deena White, directrice scientifique au Centre de recherche.

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2016-2017

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL (P13)	RÉSULTAT EXERCICE FINANCIER (P13)	CIBLE 2020	COMMENTAIRES
Santé publique				
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et en prévention de la santé selon l'approche École en santé (AÉS).	85 %	41,6 %		
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais.	90 %	N/D		
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque 85 % de sérogroupe C dans les délais.	85 %	N/D		
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez des jeunes de 15 à 24 ans.	2 196	2 325		On note une augmentation de 24,5 % par rapport à l'année passée.
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS).	95 %	100 %		Plusieurs mesures ont été mises en place depuis 2015, ce qui a contribué à l'atteinte de l'engagement.
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) 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).	100 %	100 %		
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).	100 %	100 %		
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95 %	100 %		
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
Soutien à domicile de longue durée				
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 (AAPA).	66,7 %	0		Les mesures suivantes ont été entreprises afin de corriger la situation : • Mise en place d'une structure de gouvernance de l'AAPA et nomination des membres du comité ; • Élaboration en cours d'un plan de communication AAPA pour le CIUSSS ; • Recrutement en cours de personnes responsables du coaching dans un des trois hôpitaux (composante 1) ; • Recrutement en cours de professionnels pour les équipes championnes et d'un médecin dans un des trois hôpitaux ; • Démarches en cours pour définir les modalités de participation de la personne âgée et de ses proches par la structure de gouvernance (composante 2) ; • Composante 6 implantée à 100 % pour les trois hôpitaux. Malgré la non-atteinte de cet indicateur, une augmentation du pourcentage d'implantation est constatée pour chacune des trois composantes et ce, dans les trois hôpitaux. Le pourcentage de 95 % d'implantation des composantes 1, 2 et 6 sera atteint pour chacun des trois hôpitaux en 2018.

Légende

- Atteinte de l'engagement annuel à 100%
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2016-2017

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL (P13)	RÉSULTAT EXERCICE FINANCIER (P13)	CIBLE 2020	COMMENTAIRES
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée.	33,3 %	33,3 %		
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale.	66,7 %	66,7 %		
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) de 10 et plus.	85 %	77,3 %		Bien que l'engagement ne soit pas atteint, nous avons constaté une augmentation progressive des résultats d'une période à l'autre et ce, tout au cours de l'année 2016-2017. Nous sommes passés de 66,7 % à 77,3 % en cours d'année, soit une amélioration de 10 %. De plus, le CIUSSS a actuellement le pourcentage le plus élevé de Montréal. Plusieurs mesures sont en place pour assurer l'atteinte de la cible : • Aucun refus de la part des CHSLD privés conventionnés depuis le 15 décembre 2016 faisant suite à l'annonce du nouveau financement pour les lits non rehaussés ; • Analyse de toutes les demandes d'admission en CHSLD pour les usagers présentant un profil de moins de 10 par les directeurs adjoints ; • Augmentation de l'offre de service en ressources intermédiaires pour accueillir davantage d'usagers avec un profil 9 nécessitant de l'assistance à deux personnes ; • Demande de reconnaissance auprès du MSSS de l'occupation de certains lits de CHSLD par des clientèles particulières ayant un profil de moins de 10.
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 intellectuelle (DI) et Trouble du spectre de l'autisme (TSA).	8 083	7 347		Une révision des charges de cas a été effectuée en cours d'année, ce qui a eu pour effet la fermeture de dossiers et l'amélioration de la qualité des données en utilisant les bons profils d'intervention. Le nombre d'usagers différents desservis en longue durée pour les services à domicile professionnels a augmenté en 2016-2017 par rapport à 2015-2016, tous programmes services confondus. Par ailleurs, nous observons une augmentation de l'intensité de services à la suite de la révision des plans d'intervention des profils 1-2-3 et à l'intensification des plans d'aide pour la clientèle à profils plus élevés.
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicilede longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Déficience intellectuelle (DI) et Trouble du spectre de l'autisme (TSA).	90 %	71,7 %		Une amélioration est notée comparativement à l'an dernier. Nous sommes heureux de constater que les efforts d'amélioration des processus mis en place dans l'un de nos réseaux locaux de services (RLS) ont porté leurs fruits puisqu'il a obtenu la hausse la plus grande pour rattraper la moyenne provinciale de complétion des outils d'évaluation multiclientèle (OEMC) et des plans de services individualisés et d'allocation de services (PSIAS). De plus, nous constatons que les OEMC/PSIAS sont de plus en plus intégrés dans le processus clinique. Notre courbe de croissance évolue dans les trois RLS. En 2015-2016, 4 780 usagers avaient une OEMC/PSIAS à jour comparativement à 6 599 en 2016-2017, soit une augmentation de 27,5 %.
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée par les différents modes de dispensation de services.	820 029	842 509		

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2016-2017

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL (P13)	RÉSULTAT EXERCICE FINANCIER (P13)	CIBLE 2020	COMMENTAIRES
Déficiences				
1.45.04.01-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 physique - TOUS ÂGES -TOUTES PRIORITÉS.	90 %	87,4 %		.
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.	90 %	89,6 %		Nous considérons que l'engagement est atteint.
Dépendance				
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance.	70 %	58 %		Malgré des effort importants de recrutement, un poste de professionnel non comblé pendant plus de six mois a eu un effet sur le résultat obtenu en 2016-2017.
Santé mentale				
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère.	254	270		On note une légère diminution du nombre de places en soutien d'intensité variable par le Ministère, mais une augmentation de 35 % du nombre de places de suivi intensif dans le milieu.
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère.	180	207		
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours.	350	424		Les mesures sont en place pour réduire le nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale.
Santé physique - urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence.	16 h	20 h		Même si les engagements ne sont pas atteints, on note une amélioration des mesures entreprises pour corriger la situation : • Révision du plan de contingence afin d'intensifier les actions en collaboration avec toutes les parties prenantes pour maintenir un taux d'occupation en deçà du 100 % et pour limiter la présence de séjours de 24 heures et plus ; • Déploiement d'une zone d'évaluation verticale (RAZ) dans l'aire ambulatoire des urgences afin de diminuer la DMS sur civière; • Mise en place de la réorientation des P4-P5 ; • Réalisation d'un Kaizen à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal afin de cartographier la trajectoire de l'usager se présentant à l'urgence et optimiser la prise en charge et l'orientation afin de diminuer la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence ; • Déploiement du plan d'action sur la planification précoce et conjointe des congés par une implication accrue des professionnels de la première ligne, afin de trouver des solutions alternatives à l'hospitalisation et diminuer le nombre d'usagers nécessitant des niveaux de soins alternatifs (NSA). Les facteurs qui expliquent ou contraignent l'attente de l'engagement sont la disponibilité des lits en lien avec l'occupation des usagers NSA sur les étages. Des actions sont prises afin d'améliorer le suivi de cette clientèle.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures.	65 %	60,4 %		
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures.	60 %	46,2 %		
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie				
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile.	717	785		On note une augmentation de 18 % du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile.
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie.	38	56		
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) accrédités.	12	12		Une augmentation des volumes est notée pour tous les indicateurs pour lesquels nous avons des données disponibles. Le nombre de GMF et le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille ont augmenté par rapport à l'année passée.
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.	60 %	60,48 %		

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2016-2017

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL (P13)	RÉSULTAT EXERCICE FINANCIER (P13)	CIBLE 2020	COMMENTAIRES
Santé physique – imagerie médicale				
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	90 %	100 %		Les engagements sont atteints pour 7 indicateurs sur 8. Des mesures sont entreprises par l'établissement pour corriger la situation : a. Ouverture de plages horaires supplémentaires la fin de semaine; b. Création de postes de technicien, ce qui a permis d'augmenter notre volume et ainsi diminuer notre liste d'attente; Malgré une grande amélioration, certains facteurs expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement, dont entre autres le fait que plusieurs demandes d'examens pour les usagers hospitalisés doivent être priorisées avant celles de la liste d'attente pour les usagers externes. On note une amélioration des résultats depuis 2013-2014 pour tous les indicateurs. Les échographies sont les examens pour lesquels les délais d'attente sont les plus importants. L'application de la gratuité en clinique privée aidera à atteindre la cible pour 2017-2018. Les données sur les délais d'attente ne sont pas disponibles pour l'Hôpital Fleury étant donné la désuétude du PACS. Des travaux sont en cours afin de remplacer ce système.
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	90 %	100 %		
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	90 %	100 %		
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	90 %	89,9 %		
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	90 %	92,4 %		
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	90 %	80,4 %		
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	90 %	94,8 %		
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 %	93 %		
Santé physique - Chirurgie				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	337		L'engagement n'est pas atteint. On note cependant que le nombre de demandes en attente depuis plus de 1 an a diminué de plus de 27 % par rapport à l'année 2015-2016 et de 46 % par rapport à 2014-2015. Toutefois, il y a plus de 87 % des personnes qui sont en attente d'une chirurgie bariatrique. Des mesures sont entreprises par l'établissement pour optimiser le fonctionnement des blocs opératoires.
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90 %	61,5 %		L'engagement n'est pas atteint. Des mesures sont entreprises par l'établissement pour corriger la situation : a. Modification du mode d'attribution des priorités opératoires ; b. Mise en place d'un processus d'acheminement systématique et rapide de la requête opératoire ; c. Interventions ciblées auprès des chirurgiens et auprès des chefs de département de chirurgie. Une légère diminution des délais est notée par rapport à 2015-2016.
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100 %	87,2 %		Les mesures entreprises par l'établissement pour corriger la situation sont : a. Modification du mode d'attribution des priorités opératoires; b. Mise en place d'un processus d'acheminement systématique et rapide de la requête opératoire; c. Interventions ciblées auprès des chirurgiens et auprès des chefs de département de chirurgie

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2016-2017

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL (P13)	RÉSULTAT EXERCICE FINANCIER (P13)	CIBLE 2020	COMMENTAIRES
Hygiène et salubrité				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité.	100 %	82,5		Les mesures entreprises par l'établissement pour corriger la situation sont : a) Finaliser l'attribution des zones grises par type d'emploi ; b) Réaliser un plan de communication et plan de formation. Le processus d'harmonisation des pratiques individuelles en cours au sein des CHSGS des anciens RLS – à finaliser pour l'automne 2017. Par rapport à l'an passé, le nombre d'unités avec un registre implanté est le même que l'an passé pour toutes nos installations. Les nouveaux registres seront implantés lorsque l'attribution des zones grises sera terminée.
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance-salaire	4,90 %	5,89 %		Les engagements ne sont pas atteints pour 2 des 3 indicateurs, soit l'assurance-salaire et le ratio d'heures supplémentaires. Les mesures qui sont entreprises par l'établissement pour corriger la situation sont : Pour le volet assurance-salaire, des ressources ont été ajoutées pour traiter un nombre plus élevé de dossiers d'invalidité. - Attention particulière portée à la Direction des services techniques et la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées en raison d'une plus forte hausse du taux d'assurance-salaire enregistrée ; - Des formations pour améliorer les techniques de travail du personnel à risque sont en voie d'être dispensées (PDSB et transport et manutention sécuritaire de charge lourde) ; - Des formations sur la gestion de la présence au travail ont été offertes aux nouveaux gestionnaires (+ de 80 gestionnaires formés jusqu'ici) ; - En juin 2017, notre personnel de gestion en SST va bénéficier de la formation offerte par le MSSS sur la gestion optimale des dossiers d'invalidité et ce, afin de s'assurer que tout le personnel soit au même niveau au point de vue des connaissances ; - Septembre 2017 : nous allons entamer une revue du processus de gestion des dossiers d'invalidité. Un soutien personnalisé est offert aux gestionnaires pour la préparation des retours des employés afin de favoriser les retours au travail durables ; Les résultats des indicateurs sont moins performants que ceux obtenus en 2015-2016. Cependant, l'engagement lié au taux de recours à la main-d'œuvre indépendante est atteint.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,35 %	4,89 %		
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	5,50 %	4,91 %		

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2016-2017

Toutes les redditions de comptes liées aux attentes spécifiques ont été réalisées selon les délais prescrits.
Certaines d'entre elles seront finalisées le 30 septembre 2017 conformément aux échéanciers fixés par le MSSS.

Attentes administratives réalisées
Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) Objectif : améliorer l'accès aux services spécialisés • Établir un plan de travail permettant l'atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la FMSQ selon un gabarit fourni par l'établissement. • Produire un état de situation (résultats) lié au plan de travail relatif à l'atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la FMSQ.
Services de santé et de médecine universitaire - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : plan d'action triennal 2016-2019 et suivi des réalisations Objectif : déployer les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles pour la prise en charge et le suivi de ces personnes. • Établir un plan d'action triennal 2016-2019 en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés.
Services sociaux - Portrait des lits de soins et services postaigus • Documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum. • Produire un état de situation.
Planification, évaluation et qualité - Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du Groupe vigilance pour la sécurité des soins Objectif : s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication. • Transmettre un état de situation au MSSS.
Technologies de l'information - Orientation stratégique du Ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés Objectifs : améliorer le continuum de services et accroître l'efficience ainsi que la performance du réseau. • Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologies de l'information (TI) ; • Aligner les priorités TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS ; • Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues ; • Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui ont été retenues ; • Faire autoriser tous les projets en ressources intermédiaires par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03). • Transmettre un état de situation au MSSS.
Planification, évaluation et qualité - Diagnostic et Plan d'action à l'égard des personnes handicapées En vue de produire un plan d'action à l'égard des personnes handicapées visant à améliorer leur participation sociale : • Réaliser un diagnostic afin d'identifier les obstacles prioritaires. Il doit comporter les informations suivantes : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. • Après avoir réalisé le diagnostic, produire un plan d'action portant sur les obstacles prioritaires identifiés.
Services sociaux - Application du nouveau lexique des variables du relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH) Objectif: s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables et actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services. • Produire un état de situation.
Financement, infrastructures et budget - Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années par installation principale Objectif: s'assurer de l'évaluation fiable et objective de l'état des infrastructures publiques, dont le parc immobilier du réseau de la santé et des services sociaux, d'ici 2020. • Procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie du parc immobilier en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.
Services de santé et de médecine universitaire - Plan d'action réalisé sur la base du plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services en AVC Objectif: développer un continuum de services en accident vasculaire cérébral (AVC) sur le territoire. • Déposer un plan d'action s'appuyant sur le plan d'action national lequel comporte les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum, assorties de moyens et d'indicateurs.
Planification, évaluation et qualité - Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du Groupe vigilance pour la sécurité des soins Objectif : s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication. • Produire un état de situation.

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2016-2017

Attentes administratives réalisées
Services de santé et de médecine universitaire - Déploiement des groupes de médecine de famille Objectif : poursuivre le déploiement des GMF par le développement de nouveaux GMF ou par l'ajout d'un site clinique à des GMF existants. • Produire un état de situation concernant le livrable suivant : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant).
Services de santé et de médecine universitaire - Déploiement des groupes de médecine de famille Objectif : poursuivre le déploiement des GMF par le développement de nouveaux GMF ou par l'ajout d'un site clinique à des GMF existants. • Produire un état de situation concernant le livrable suivant : reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).
Services sociaux - Programme d'intervention en négligence Bonification des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN) • Remplir le formulaire du système GESTRED no 805 afin d'identifier les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. • Identifier également le nombre d'usagers ayant participé au programme.
Services de santé et de médecine universitaire - Plan d'action réalisé sur la base du plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services en AVC • Produire une autoévaluation à partir des actions et des objectifs inscrits dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux – échéancier reporté par le MSSS au 30 septembre 2017.
Financement, infrastructures et budget - Stratégie québécoise d'économie d'eau potable Objectif : adhérer aux engagements du MSSS au regard de cette stratégie. • Remplir le formulaire Gestred no 630 (état de situation, plan d'action pour chaque installation, confirmation de l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel).
Coordination réseau et ministérielle - Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux Objectif : réaliser le processus de gestion des risques en sécurité civile afin d'assurer le maintien de leurs biens et services essentiels, et ce, en cohérence avec l'objectif 3 de la Politique ministérielle de la sécurité civile (PMSC). • Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. • Identifier un responsable du processus et remplir le formulaire Gestred (numéro à venir) attestant que le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile a complété le programme de formation du MSSS, et réalisé les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.
Santé publique - Comité de prévention et contrôle des infections • Compléter le formulaire GESTRED no 516 indiquant la mise en place et les modalités du comité selon le Cadre de référence du MSSS (2006).
Services sociaux - Évaluation et plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public Objectif : toutes les personnes hébergées doivent avoir une évaluation à jour (ISO-SMAF) et un plan d'intervention. • Remplir le formulaire GESTRED 584 à P6 et à P13. • Fournir un état de situation.
Coordination réseau et ministérielle - Sécurité civile Objectif : s'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement sont en mesure de jouer pleinement leur rôle. • S'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment sur le plan de la mission Santé et de son arrimage avec le PMSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile. • Remplir le formulaire Gestred à P6 et à P13.
Services sociaux - Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) Objectif : utiliser le PTACC comme outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience mis en place par la Direction des personnes ayant une déficience en 2008. • Remplir le PTAAC.

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Démarche continue d'agrément

Suivi donné aux recommandations d'Agrément Canada

L'agrément est un des outils d'amélioration de la qualité et de la sécurité des usagers qui permet à l'organisation de s'évaluer en fonction de normes reconnues, basées sur les meilleures pratiques et d'intégrer celles-ci dans les activités quotidiennes des équipes de travail.

Afin de maintenir notre statut d'établissement agréé, nous avons réalisé des suivis dans certaines installations. Une seconde visite a eu lieu dans les laboratoires des installations de La Petite-Patrie–Villeray et d'Ahuntsic–Montréal-Nord, à la suite de laquelle les preuves de mesures supplémentaires fournies ont été approuvées. L'organisation doit toutefois déposer des preuves supplémentaires en ce qui a trait à la traçabilité des instruments médicaux retraitables. À l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, Agrément Canada a jugé satisfaisantes les preuves demandées.

Récente démarche d'agrément au CIUSSS

L'année aura été marquée, d'une part, par la mise en place d'une structure de gouvernance visant à mener à bien la démarche d'agrément du CIUSSS et, d'autre part, par le déploiement d'équipes qualité dans chacune des directions. Cette structure s'adressant à tous les paliers de l'organisation vise à assurer une cohérence dans la réalisation des actions à entreprendre. La prochaine visite d'agrément se fera en deux temps : la première visite aura lieu en 2018 pour les secteurs de santé physique, santé mentale et dépendance ainsi que les secteurs de périnatalité, petite enfance et jeunesse, pour le maintien du statut d'agrément ; en 2020 les secteurs de soutien à l'autonomie des personnes âgées, services sociaux et généraux ainsi que santé publique viendront terminer le processus ; l'établissement se verra alors décerner son statut d'agrément.

Sécurité des soins et des services

L'année 2016-2017 s'est inscrite dans la continuité de l'année précédente en ce qui a trait à l'appropriation, la planification, la révision ainsi que l'harmonisation des processus, documents et outils inhérents à la gestion des risques. La priorité a été accordée au soutien des gestionnaires afin de faciliter leur travail et à celui du personnel ayant à intervenir auprès des usagers.

Déclaration des événements indésirables

La tenue et l'exploitation du registre local des déclarations d'événements indésirables ainsi que le suivi de l'ensemble de ces événements ont représenté un défi de taille en raison des ressources disponibles et de l'accès aux systèmes d'information. Le nombre total de déclarations pour cette année est de 18 959 comparativement à 18 649 pour l'année 2015-2016, ce qui représente une augmentation de 0,82 %.

Taux de déclaration

Le taux de déclaration est un indicateur de la culture de sécurité :

- Taux de déclaration par 1000 jours-présence pour CH et CHSLD :
  - Pour les CHSLD, le taux est de 11,73%
  - Pour les hôpitaux, le taux est 25,89
- Proportion des incidents versus accidents déclarés :
  - Incidents : 14,21 %
  - Accidents : 85,40 %
  - Indéterminés : 0,39 %
- Déclarations produites dans les 25 installations du CIUSSS ; plus de 46 % enregistrés en hébergement, 44 % dans les hôpitaux et 10 % dans les CLSC.

Types de déclarations

- La majorité des événements est liée aux chutes et à la médication, dans une proportion respective de 38,76 % et de 20,90 %, ce qui représente des résultats comparables à ceux de l'exercice précédent pour ce qui est des chutes, tandis que les erreurs de médication ont connu une hausse de 1,73 % sur le total des événements déclarés. Ces deux catégories font l'objet d'une préoccupation constante et compteront parmi les projets ciblés comme prioritaires ; des travaux amorcés l'année dernière et s'appuyant notamment sur les recommandations du Groupe vigilance du MSSS se poursuivront en 2017-2018. Une politique CIUSSS sur la prévention des chutes sera finalisée en juin 2017. Pour ce qui est des erreurs de médicaments, un comité directeur regroupant les acteurs clés est en cours de constitution et débutera en 2017-2018.
- Autres événements également déclarés liés aux secteurs suivants : traitements et diètes (6,73 %), imagerie et laboratoires (5,55 %), équipements et bâtiments (0,824 %), agressions entre usagers (1,69 %), effets personnels (1,67 %), plaies de pression (0,99 %), fugues (1,05 %) et mesures de contrôle (1,27 %).

Gravité des événements

Les résultats d'analyse des événements déclarés démontrent que 88 % de ceux-ci n'ont eu aucune conséquence sur l'usager tandis que 11 % ont engendré des conséquences temporaires et 1 % des conséquences graves ; seulement 0,79 % des déclarations n'ont pas été catégorisées.

De ces événements, 40 accidents sont des événements sentinelles qui ont fait l'objet de plans d'action et dont l'avancement est suivi. Certains moyens ont été mis place afin de favoriser la qualité et la sécurité des soins et des services :

- Mise en place du comité de gestion des risques CIUSSS en mars 2017, regroupant les différents programmes et services.
- Revue du processus de traitement des événements sentinelles réalisée, avec la mise en place d'un guichet unique et d'une rencontre interdisciplinaire ; politique et procédure soumise au comité de direction pour approbation.
- Révision et diffusion auprès des gestionnaires et des intervenants des outils de gestion des risques.
- Tenue de séances d'information lors de l'accueil des nouveaux employés pour les sensibiliser à la culture de sécurité et à la déclaration des incidents et des accidents.
- Préparation d'un programme de formation CIUSSS sur la prestation sécuritaire des soins et des services (sécurité des patients, déclaration des incidents et accidents, divulgation et analyses sommaires et approfondies).

- Présentation d'activités de formation ponctuelles afin de répondre aux besoins des gestionnaires et « coaching » personnalisé offert au regard de l'analyse sommaire (AH-223), l'analyse approfondie, la divulgation, etc.
- À la demande des gestionnaires, production de statistiques provenant des déclarations AH-223 adaptées à leurs secteurs spécifiques.
- Amorce d'un projet de politique sur la gestion des effets personnels des usagers visant à baliser les rôles et responsabilités du personnel et des usagers à cet égard.
- Rédaction et dépôt pour commentaires d'une politique de divulgation.

Rapport du coroner

Au cours de la dernière année, un seul rapport a été adressé à l'établissement.

Les recommandations suivantes ont été émises :

- Que lors d'un transfert en CHSLD, à partir d'un centre hospitalier, l'échange d'informations médicales et nursing, se fasse de façon rigoureuse, verbalement entre médecin traitant et personnel infirmier de chaque établissement en plus de la transmission papier habituelle.
- Que lors du transfert et de l'admission, un proche – ou toute autre personne désignée – accompagne le bénéficiaire et demeure avec celui-ci pendant les premières heures de son arrivée.
- Qu'une mise à niveau des connaissances cliniques et des approches d'interventions thérapeutiques dans les situations de délirium chez la personne souffrant de démence soit assurée de façon régulière par des apprentissages et des formations obligatoires à l'ensemble du personnel soignant du CHSLD.
- Que des inspections confirmant la sécurité des lieux, en particulier les fenêtres, soient effectuées de façon systématique pour le CHSLD où a eu lieu l'accident.
- Que le CHSLD visé soit soumis à une nouvelle visite d'évaluation dans les prochains mois.

La totalité des recommandations, soit 100 %, a été appliquée et traitée au CHSLD.

Mesures de contrôle : contention et isolement

- Poursuite dans les installations du CIUSSS de l'application de leur protocoles respectifs portant sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement.
- Travaux d'harmonisation en cours afin de se doter d'un protocole commun dans le CIUSSS pour ce type d'intervention.

Examen des plaintes et promotion des droits

Recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Le constat de la récurrence ou de la gravité de certaines des problématiques sur lesquelles la commissaire a été interpelée a amené son équipe à entreprendre des interventions sur ces thèmes, interventions desquelles découlent également des mesures d'amélioration systémiques. Voici les suivis apportés par l'établissement relativement aux principales recommandations de la commissaire.

Soutien, administration et performance

- Disponibilité accrue de fauteuils roulant à l'entrée des hôpitaux pour faciliter le déplacement des personnes à mobilité réduite.
- Accès à des aliments produits selon certains rites religieux dans l'ensemble des installations de l'établissement.
- Mise sur pied d'un comité de coordination des équipements et mobiliers afin d'assurer la réparation ou le remplacement de ces derniers en temps opportun en cas de bris.
- Rédaction en cours de politiques visant à prévenir la perte d'effets personnels des usagers et d'assurer un suivi adéquat des réclamations, le cas échéant.

Programmes sociaux, réadaptation et première ligne

- Révision du protocole relatif à la prise de contact avec la clientèle nécessitant des soins à domicile afin d'en encadrer les délais maximums en fonction du niveau de priorité identifié.
- Formation accompagnée d'un guide écrit présentée par la Direction de la protection de la jeunesse à tous les intervenants de santé mentale du CIUSSS, portant sur la sexualité des adolescents au sein d'une unité de santé mentale et sur la possibilité de gestes abusifs dans les contextes de cohabitation mixte afin d'en prévenir l'occurrence.
- Révision de la couverture de garde des psychiatres aux urgences et de l'organisation du travail en clinique externe de santé mentale afin d'améliorer la couverture de services.
- Analyse exploratoire entre les installations du CIUSSS où des prélèvements sont effectués, notamment pour le test d'hyperglycémie provoquée, afin d'y instaurer les meilleures pratiques harmonisées à ce type de situations problèmes.
- Harmonisation de l'ensemble des pratiques professionnelles multidisciplinaires et mise en place d'activités de codéveloppement, notamment dans les secteurs de la déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de la déficience physique afin d'assurer un niveau d'excellence et de rigueur clinique dans l'ensemble de l'offre de services aux usagers.

- Révision du programme de soutien à la famille, lequel a pour objectif de fournir du répit-gardiennage aux familles dont les enfants ont des handicaps, et ouverture d'un poste d'infirmière-pivot afin d'améliorer le processus d'accès et de réduire les délais de recours au soutien financier.
- Mise sur pied à venir d'un comité de travail visant à évaluer l'offre de services à la petite enfance et à mettre en place des mécanismes facilitant l'accès de futurs parents aux programmes offerts sur l'ensemble du territoire.
- Formation offerte aux intervenants des ressources intermédiaires afin de mieux encadrer les services qui y sont offerts aux personnes présentant des troubles cognitifs afin de prévenir les incidents liés à la médication.
- Engagement de l'établissement à mettre en place des mécanismes de prise en charge plus rapide des clientèles en retour à domicile nécessitant de la réadaptation après une chirurgie.
- Modification dans le lancement des codes d'urgence en milieux d'hébergement afin de réduire les délais de réponse de l'équipe d'intervenants.

Santé physique générale et spécialisée

- Afin de diminuer les délais d'attente et de prise en charge aux urgences, rappel au personnel infirmier de ce secteur de bien consigner toute intervention dans les dossier de l'usager et déploiement à venir d'une procédure visant à offrir aux usagers répondant à certains critères une réorientation avec rendez-vous vers une clinique médicale du territoire.
- Déploiement d'une politique et d'un aide-mémoire visant à assurer la sécurité d'un usager lors de son transport entre les installations de l'établissement.
- Face à des difficultés d'accès rapportées aux cliniques externes du territoire, engagement à mettre en place plusieurs mesures d'amélioration, dont la création d'une liste d'attente, la révision des installations techniques et téléphoniques, ainsi que la création d'un portrait des services offerts dans les cliniques externes du CIUSSS afin d'assurer une meilleure fluidité entre les services.
- Élaboration prévue d'une nouvelle procédure de retraitement des dispositifs médicaux afin d'en garantir la salubrité.
- Élaboration en cours d'un plan d'action et d'implantation visant à établir des balises de prestation de soins d'hygiène et de définir les équipements nécessaires à ceux-ci en milieu hospitalier.
- Rappel au personnel infirmier de la nécessité de modifier le plan thérapeutique infirmier à la suite de la chute d'un usager afin d'émettre des directives entourant la surveillance et l'augmentation de la fréquence de la prise des signes vitaux et neurologiques.
- Au cours des prochains mois, mise à jour prévue des connaissances quant à la gestion de la douleur et des outils utilisés, diffusion d'une règle de soins infirmiers quant aux soins de plaies, harmonisation des meilleures pratiques dans ces domaines et révision harmonisée des ordonnances individuelles.
- Engagement à offrir des capsules d'enseignement au personnel soignant sur la gestion des repas et sur l'évaluation de la capacité à s'alimenter d'un usager au sein des unités de soins et de gériatrie en centre hospitalier afin de prévenir les risques d'étouffement.
- Élaboration prévue d'une procédure de gestion et d'interventions clinico-administratives entourant les situations de décès à l'hôpital et création en cours d'un dépliant d'information à l'intention des membres de familles lorsque survient un décès en centre hospitalier ou centre d'hébergement.

Ressources financières

- Création en cours d'un formulaire de consentement aux soins en obstétrique, destiné aux usagères non résidentes, définissant tous les frais entourant l'accouchement au sein des installations du CIUSSS afin de s'assurer d'un consentement libre et éclairé quant aux frais associés à ces services.
- Engagement à revoir les formulaires de consentement et l'information transmise par le personnel lors du choix d'une chambre en milieu hospitalier ainsi qu'en centre d'hébergement pour les clientèles adultes, afin d'assurer une transmission adéquate des renseignements aux usagers.

Recommandations du Protecteur du citoyen

Vingt-sept plaintes ont été soumises au Protecteur du citoyen pour un examen en deuxième instance au cours de 2016-2017, ce qui représente 5 % du volume de plaintes conclues au Commissariat. Ces dossiers comportaient au total 56 objets de plainte.

De ce nombre, 4 objets seulement ont conduit à des recommandations du Protecteur émises à l'endroit de l'établissement, lesquelles portaient sur les sujets suivants :

1. La confidentialité entourant le recours auprès de la commissaire et l'interdiction d'en faire mention au dossier de l'usager;
2. Le droit de refus de services de la part des usagers;
3. Le triage des usagers à l'urgence à l'intérieur d'un délai de 10 minutes;
4. La pratique de triage dans les salles d'urgence, notamment en ce qui a trait à l'évaluation de la douleur et la rédaction des notes au dossier.

Trois des objets de plaintes ont été fermées à la satisfaction du Protecteur du citoyen suivant les mesures prises par les directions concernées :

1. Une note de service a été diffusée à l'ensemble des professionnels concernant la confidentialité à préserver quant au droit de porter plainte, et un élément pouvant porter préjudice a été retiré d'un dossier médical ;
2. Pour assurer un triage en moins de 10 minutes des usagers qui se présentent à l'urgence, un horodateur a été acheté afin qu'un monitorage soit assuré en ce sens dans l'un des centres hospitaliers;
3. Un rappel a été fait au personnel de soins infirmiers d'une des unités d'urgence de l'établissement concernant quatre éléments :
   - déterminer avec l'usager son niveau de douleur ;
   - appliquer l'ordonnance permettant de soulager la douleur après avoir vérifié l'heure de la dernière prise de médication ;
   - respecter les délais de réévaluation des usagers en attente de consultation médicale ; et
   - rédiger les notes aux dossiers à la suite de chacun des actes posés.

Un dernier dossier a été fermé en considérant que l'établissement avait mis en place des mesures différentes que celles recommandées par le Protecteur du citoyen.

On pourra consulter le rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services sur le site Web du CIUSSS en septembre 2017 à : ciusss-nordmtl.gouv.qc.ca.

Personnes mises sous garde dans une installation

Installation / Mise sous garde	Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal et Hôpital en santé mentale Albert-Prévost	Hôpital Fleury	Hôpital Jean-Talon	Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies	Installations du Nord-de-l'Île–St-Laurent
Nombre de gardes préventives appliquées	691	287	240	64	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	Données non[1] disponibles	259	225	63	0
Nombre de demandes de mise sous garde provisoires présentées au tribunal	131	1	0	1	0
Nombre de mises sous garde provisoires ordonnées par le tribunal et exécutées	Données non[1] disponibles	Données non[1] disponibles	Données non[1] disponibles	Données non[1] disponibles	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	94	1	0	1	0
Nombre de demandes de mise sous garde présentées au tribunal	436	23	92	74	0
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal et exécutées (incluant les renouvellements autorisés)	Données non[1] disponibles	Données non[1] disponibles	Données non[1] disponibles	Données non[1] disponibles	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée (incluant les renouvellements autorisés)	Données non[1] disponibles	Données non[1] disponibles	Données non[1] disponibles	Données non[1] disponibles	0
Nombre total d'usagers différents mis sous garde[2]	94	260	225	64	0

[1] Les données seront disponibles pour l'année 2017-2018.
[2] Ces totaux sont partiels puisque certaines données ne sont pas disponibles, elles le seront pour l'année 2017-2018.

Politique concernant les soins de fin de vie

- Poursuite de la formation du personnel sur la Loi concernant les soins de fin de vie :
  - ➤ Modalités de la Loi
  - ➤ Sédation palliative continue
  - ➤ Directives médicales anticipées
  - ➤ Aide médicale à mourir
- Mise en place des modalités nécessaires à la gestion des directives médicales anticipées (DMA) :
  - ➤ Désignation des gestionnaires d'autorisations d'accès
  - ➤ Élaboration des procédures d'autorisation d'accès au registre national et de recherche des DMA
- Le groupe interdisciplinaire de soutien pour l'aide médicale à mourir (GIS) s'est réuni à six reprises dans l'année. Il a poursuivi son mandat :
  - ➤ Soutenir les médecins et les équipes interdisciplinaires dans le cheminement de toute demande d'aide médicale à mourir (AMM), aussi bien dans l'établissement que dans le territoire du CIUSSS par :
    - la transmission de l'information sur le processus et les protocoles cliniques ;
    - le soutien de proximité aux professionnels dans la réponse et dans le traitement d'une demande ;
    - l'élaboration d'outils clinico-administratifs en soutien au traitement d'une demande.
  - ➤ Soutenir les décideurs quant à la qualité des processus en place :
    - Révision de l'ensemble des activités liées à l'AMM ;
    - Soutien à la reddition de comptes liée à la Loi concernant les soins de fin de vie ;
- Mise en place d'un Comité de coordination des soins palliatifs et de fin de vie, qui s'est réuni à deux reprises. Son mandat est de :
  - ➤ Favoriser une approche de soins palliatifs et de fin de vie axée sur les droits et les besoins des personnes et de leurs proches aidants et ce, au sein de l'organisation, auprès des partenaires ainsi que de la population;
  - ➤ Coordonner le développement du programme de soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) et s'assurer du déploiement des activités reliées;
  - ➤ Formuler des recommandations pour l'application du programme de soins palliatifs et de fin de vie au CIUSSS NIM ;
  - ➤ Encourager les bonnes pratiques cliniques et de gestion ainsi que la recherche en SPFV ;
  - ➤ Diffuser les informations pertinentes relatives aux soins palliatifs et de fin de vie aux membres de notre équipe ainsi qu'aux partenaires réseau et hors réseau, s'il y a lieu.

Suivi des requêtes en lien avec les soins palliatifs et soins de fin de vie

Rapport du directeur général du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016

Activité	Information	Site ou installation				
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
Soins palliatifs et soins de fin de vie* (SPFV)	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	403				S/O
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée		138			S/O
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile			385		S/O
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs				0	S/O
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	4				4
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	5				5
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	2				2
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	3 1 personne a retiré sa demande et reçu un autre soin de fin de vie : la sédation palliative continue. 1 personne ne répondait pas aux critères de la Loi. 1 personne a retiré sa demande.				3

* Considérant qu'il n'est pas possible actuellement d'identifier les personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre I, art. 3), la nouvelle information demandée, soit le Nombre de personnes en SPFV, obtenue à partir des banques de données nationales, permettra de donner un aperçu des personnes en SPFV par milieu de soins.

S/O : n'ayant pas lieu de figurer. Donc, il ne faut pas additionner les nombres par site ou installation parce qu'ils viennent de sources de données et de périodes différentes.

Suivi des requêtes en lien avec les soins palliatifs et soins de fin de vie

Rapport du directeur général du 10 juin 2016 au 9 décembre 2016

Activité	Information	Site ou installation				
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
Soins palliatifs et soins de fin de vie* (SPFV)	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	501				S/O
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée		151			S/O
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile			496		S/O
Sédation palliative continue	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs				0	S/O
Aide médicale à mourir	Nombre de sédations palliatives continues administrées	4				4
	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	9				9
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	9				3
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	6 2 personnes ne répondaient pas aux critères de la loi 1 personne est décédée avant la première évaluation 3 demandes étaient en cours d'évaluation à la fin de la période				6

* Considérant qu'il n'est pas possible actuellement d'identifier les personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre I, art. 3), la nouvelle information demandée, soit le Nombre de personnes en SPFV, obtenue à partir des banques de données nationales, permettra de donner un aperçu des personnes en SPFV par milieu de soins.

S/O : n'ayant pas lieu de figurer. Donc, il ne faut pas additionner les nombres par site ou installation parce qu'ils viennent de sources de données et de périodes différentes.

Ressources humaines de l'établissement

Gestion et contrôle des effectifs

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

		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2016-04-03 au 2017-04-01	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	790 123	5 375	795 499	437	528
	2015-16	698 753	4 786	703 539	386	493
	2016-17	659 780	3 201	662 981	364	452
	Variation	(16,5 %)	(40,4 %)	(16,7 %)	(16,6 %)	(14,4 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 733 224	4 886	1 738 110	959	1 277
	2015-16	1 746 416	4 817	1 751 233	965	1 302
	2016-17	1 789 545	4 361	1 793 906	989	1 303
	Variation	3,2 %	(10,7 %)	3,2 %	3,1 %	2,0 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	4 606 945	274 180	4 881 125	2 473	3 408
	2015-16	4 770 349	280 515	5 050 864	2 560	3 451
	2016-17	4 819 596	316 572	5 136 168	2 578	3 553
	Variation	4,6 %	15,5 %	5,2 %	4,2 %	4,3 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	7 329 620	250 562	7 580 182	4 045	5 530
	2015-16	7 340 160	240 037	7 580 197	4 049	5 499
	2016-17	7 463 134	266 450	7 729 585	4 118	5 632
	Variation	1,8 %	6,3 %	2,0 %	1,8 %	1,8 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 848 549	35 444	1 883 992	942	1 446
	2015-16	1 848 105	37 145	1 885 250	942	1 422
	2016-17	1 900 763	44 495	1 945 258	968	1 499
	Variation	2,8 %	25,5 %	3,3 %	2,8 %	3,7 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	35 456	50	35 506	20	103
	2015-16	31 965	25	31 990	18	96
	2016-17	27 622	93	27 715	15	82
	Variation	(22,1 %)	87,3 %	(21,9 %)	(22,3 %)	(20,4 %)
Total du personnel	**2014-15**	**16 343 918**	**570 497**	**16 914 415**	**8 876**	**12 045**
	2015-16	**16 435 747**	**567 325**	**17 003 073**	**8 921**	**12 036**
	2016-17	**16 660 440**	**635 173**	**17 295 613**	**9 033**	**12 315**
	Variation	**1,9 %**	**11,3 %**	**2,3 %**	**1,8 %**	**2,2 %**
Cible 2016-2017 en heures rémunérées				**16 979 858**		
Écart à la cible - en heures				**315 755**		

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (LGCE) qui vise notamment à assurer une saine gestion des effectifs, la cible de réduction du total des heures rémunérées de 1 % ou plus fixée par le Conseil du trésor n'a pas été atteinte.

Note de l'établissement :

Pour le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM), l'écart à la cible s'explique par l'intégration d'activités en provenance d'autres établissements et des développements de services consentis par le MSSS. En effet, le CIUSSS NIM a fait l'intégration du CHSLD 4 saisons le 1er avril 2016, représentant l'ajout de 186 000 heures travaillées et a intégré un transfert d'activités de clientèles souffrant de déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme (DT-TSA), en provenance du CIUSSS du Centre-Sud, pour un second ajout de 46 000 heures. Enfin, différents développements budgétaires accordés par le MSSS ont représenté l'ajout d'environ 90 000 heures pour soutenir la dispensation de services, notamment en soutien à domicile.

Par ailleurs, nous avons enregistré une diminution importante de la main-d'œuvre indépendante (MOI). Nous poursuivons nous efforts pour réduire le recours à la MOI et augmenter les heures régulières travaillées par des personnes titulaires d'un poste afin de rehausser la qualité des services et la stabilité des équipes de travail.

Sommes reçues par dons, legs et autres formes de contribution

		Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 3	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6	Notes
CONTRIBUTIONS DE TIERS:								
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:								
Achats des immobilisations	2	13 835 354		1 592 853	2 354 733	13 073 474	761 880	
Fonds dédiés Fondation Gracia	3	2 979				2 979	0	
Fonds à destination spéciale	4	404 075		360 722		764 797	(360 722)	
	5							
...	6							
...	7							
...	8							
...	9							
...	10							
...	11							
...	12							
...	13							
...	14							
...	15							
...	16							
...	17							
...	18							
...	19							
...	20							
...	21							
...	22							
...	23							
...	24							
Autres (préciser P297)	25							
TOTAL (L.01 à L.25)	26	14 242 408		1 953 575	2 354 733	13 841 250	401 158	
DOTATIONS								
Capital	27							
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:								
...	29							
Activités de formation	30	287 190				287 190	0	
...	31							
...	32							
...	33							
Autres (préciser P297)	34							
TOTAL (L.27 à L.34)	35	287 190				287 190		
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	14 529 598		1 953 575	2 354 733	14 128 440	401 158	
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:								
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	694 244		360 722		1 054 966	(360 722)	
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38							
Fonds Immobilisations (P294)	39	13 835 354		1 592 853	2 354 733	13 073 474	761 880	
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	14 529 598		1 953 575	2 354 733	14 128 440	401 158	

États financiers et analyse des résultats des opérations

Commentaires de la Direction des ressources financières

L'exercice financier 2016-2017 a été marqué par de nouvelles compressions budgétaires de l'ordre de 14,9 millions à réaliser cette année. Cet élément a causé une pression financière importante nécessitant la mise en place d'un plan d'optimisation visant à améliorer l'efficience et la performance de nos activités afin d'assurer le maintien de l'équilibre budgétaire.

Parmi les autres défis qui ont marqué l'exercice, on note une hausse notable des visites à l'urgence et des admissions en santé physique et mentale. Le taux d'occupation des hôpitaux de courte durée a connu une forte augmentation.

Par ailleurs, le MSSS injectait au cours des derniers mois des sommes importantes dans les secteurs de la première ligne, de la santé mentale, du soutien à domicile et de l'hébergement. Ces investissements ont grandement sollicité les ressources humaines de notre organisation. Pour absorber cette croissance, l'établissement a dû composer avec des hausses significatives de temps supplémentaire et de main-d'œuvre indépendante.

Des revenus supplémentaires de 2,6 M $ consentis par le MSSS en toute fin d'exercice, combinés à certains éléments exceptionnels et aux économies générées par nos dossiers d'optimisation auront permis de compenser la tendance déficitaire des dernières périodes.

Équilibre budgétaire

Le résultat des opérations du fonds d'exploitation indiqué à la page 200, ligne 29, colonne 2, présente l'équilibre budgétaire. Les activités de recherche, dont les résultats sont présentés dans les opérations du fonds d'exploitation, ont cependant généré un déficit de 425 125 $ qui est compensé par l'utilisation d'un montant équivalent aux affectations d'origine interne pour les projets de recherche terminés. Le déficit de 1 068 138 $ au fonds d'immobilisation est lié à la durée du remboursement des projets autofinancés et de l'utilisation des transferts au fonds d'immobilisation des années antérieures qui n'est pas la même que l'amortissement de ces projets. Le résultat d'opération (exploitation et immobilisations), après les affectations d'origine interne de l'exercice, se solde donc par un déficit net de 640 013 $. Conséquemment, le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal ne respecte pas la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.001).

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 $ et plus

Types de contrats de service	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique	12	532 641,62 $
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	284	183 368 518 $
Total des contrats de service	**296**	**183 901 160 $**

Raymond Chabot Grant Thornton

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

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

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017 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 de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2017 (voir ci-dessous).

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 de services sociaux du Nord-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 de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 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 de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2017. 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 2017 et 2016 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 de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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

Montréal
Le 27 juin 2017

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique nº A111208

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	823 226 327	803 353 046	37 485 126	840 838 172	827 676 297
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	2 946 785	2 058 220	17 730	2 075 950	2 946 785
Contributions des usagers	3	56 193 163	55 281 374	XXXX	55 281 374	54 703 159
Ventes de services et recouvrements	4	9 821 430	8 513 102	XXXX	8 513 102	9 685 411
Donations (FI:P294)	5	2 399 308		2 354 733	2 354 733	2 398 522
Revenus de placement (FI:P302)	6	502 906	317 199	11 669	328 868	484 822
Revenus de type commercial	7	8 321 026	10 297 086	65 854	10 362 940	8 356 942
Gain sur disposition (FI:P302)	8	129 227				99 205
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	24 349 373	23 999 560	1 900	24 001 460	22 262 869
TOTAL (L.01 à L.11)	12	927 889 545	903 819 587	39 937 012	943 756 599	928 614 012
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	627 101 066	647 258 401	XXXX	647 258 401	633 153 444
Médicaments	14	25 863 831	30 192 523	XXXX	30 192 523	25 489 321
Produits sanguins	15	9 570 834	10 882 234	XXXX	10 882 234	9 295 916
Fournitures médicales et chirurgicales	16	57 613 598	59 334 634	XXXX	59 334 634	59 457 807
Denrées alimentaires	17	10 524 672	10 039 994	XXXX	10 039 994	10 119 129
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	26 437 070	26 404 023	XXXX	26 404 023	26 503 331
Frais financiers (FI:P325)	19	11 576 033	433 773	9 991 740	10 425 513	11 512 545
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	20 446 546	16 200 037	1 334 237	17 534 274	20 003 467
Créances douteuses	21	6 584 213	3 818 211	XXXX	3 818 211	6 584 213
Loyers	22	11 095 496	10 838 903	XXXX	10 838 903	11 179 487
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	29 761 457	XXXX	29 347 540	29 347 540	29 761 457
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	522 910	XXXX	309 431	309 431	522 910
Dépenses de transfert	25	4 078 316	4 099 524	XXXX	4 099 524	4 439 734
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	86 713 503	84 317 330	22 202	84 339 532	80 524 956
TOTAL (L.13 à L.27)	28	927 889 545	903 819 587	41 005 150	944 824 737	928 547 717
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	0	0	(1 068 138)	(1 068 138)	66 295

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

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	781 210 244	802 194 039	1 159 007	803 353 046	785 660 214
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	2 929 628		2 058 220	2 058 220	2 929 628
Contributions des usagers (P301)	3	56 193 163	55 281 374	XXXX	55 281 374	54 703 159
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	9 821 430	8 513 102	XXXX	8 513 102	9 685 411
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					65 895
Revenus de placement (P302)	6	500 000	317 199		317 199	481 916
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	8 321 026		10 297 086	10 297 086	8 290 261
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	24 346 432	4 812 124	19 187 436	23 999 560	22 259 928
TOTAL (L.01 à L.11)	12	883 321 923	871 117 838	32 701 749	903 819 587	884 076 412
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	627 101 066	624 587 379	22 671 022	647 258 401	633 153 444
Médicaments (P750)	14	25 863 831	30 192 523	XXXX	30 192 523	25 489 321
Produits sanguins	15	9 570 834	10 882 234	XXXX	10 882 234	9 295 916
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	57 613 598	59 334 634	XXXX	59 334 634	59 457 807
Denrées alimentaires	17	10 524 672	10 039 994	XXXX	10 039 994	10 119 129
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	26 437 070	26 404 023	XXXX	26 404 023	26 503 331
Frais financiers (P325)	19	770 000	433 773	XXXX	433 773	706 512
Entretien et réparations (P325)	20	16 969 356	16 200 037		16 200 037	16 526 277
Créances douteuses (C2:P301)	21	6 584 213	3 818 211		3 818 211	6 584 213
Loyers	22	11 095 496	10 838 903		10 838 903	11 179 487
Dépenses de transfert (P325)	23	4 078 316	4 099 524		4 099 524	4 439 734
Autres charges (P325)	24	86 713 471	77 161 449	7 155 881	84 317 330	80 524 924
TOTAL (L.13 à L.24)	25	883 321 923	873 992 684	29 826 903	903 819 587	883 980 095
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(2 874 846)	2 874 846	0	96 317

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	(37 242 899)	17 186 227	(20 056 672)	(20 122 967)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(37 242 899)	17 186 227	(20 056 672)	(20 122 967)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5		(1 068 138)	(1 068 138)	66 295	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
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					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(37 242 899)	16 118 089	(21 124 810)	(20 056 672)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	4 714 760	2 739 885	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(25 839 570)	(22 796 557)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(21 124 810)	(20 056 672)	

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	19 663 788	(1 660 153)	18 003 635	13 027 356
Placements temporaires	2				
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	40 457 881	3 434 883	43 892 764	48 065 852
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	23 033 519	1 056 067	24 089 586	18 539 227
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(3 082 735)	3 082 735	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	57 740 385	48 981 470	106 721 855	97 810 763
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	1 199 707	1 199 707	1 124 336
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	2 185 478	61 761	2 247 239	2 067 313
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	139 998 316	56 156 470	196 154 786	180 634 847
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	37 900 000	32 807 340	70 707 340	31 963 912
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	73 305 352	4 186 809	77 492 161	80 719 740
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX	414 575	414 575	14 672 954
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		2 130 501	2 130 501	2 369 125
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	11 670 577	13 781 500	25 452 077	26 648 842
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	347 079 778	347 079 778	344 696 951
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	2 692 382	2 692 382	2 242 382
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	70 154 152	XXXX	70 154 152	68 323 411
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	1 664 006		1 664 006	1 707 951
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	194 694 087	403 092 885	597 786 972	573 345 268
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(54 695 771)	(346 936 415)	(401 632 186)	(392 710 421)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	362 954 504	362 954 504	356 183 843
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	12 272 220	XXXX	12 272 220	12 014 526
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	5 180 652	100 000	5 280 652	4 455 380
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	17 452 872	363 054 504	380 507 376	372 653 749
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(37 242 899)	16 118 089	(21 124 810)	(20 056 672)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (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)

		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	(392 710 421)	(53 519 362)	(339 191 059)	(392 710 421)	(397 492 414)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(392 710 421)	(53 519 362)	(339 191 059)	(392 710 421)	(397 492 414)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5			(1 068 138)	(1 068 138)	66 295
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(26 447 195)	XXXX	(36 860 437)	(36 860 437)	(26 447 195)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	29 761 457	XXXX	29 347 540	29 347 540	29 761 457
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8	423 705	XXXX	309 431	309 431	423 705
Produits sur dispositions (FI:P208)	9	200 581	XXXX			200 581
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX	432 805	432 805	8 484
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	3 938 548	XXXX	(6 770 661)	(6 770 661)	3 947 032
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(93 633 843)	(43 827 857)	XXXX	(43 827 857)	(43 398 953)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(15 122 816)	(19 322 644)		(19 322 644)	(15 122 816)
Utilisation de stocks de fournitures	17	94 243 044	43 570 163	XXXX	43 570 163	44 008 154
Utilisation de frais payés d'avance	18	15 282 281	18 403 929	93 443	18 497 372	15 282 281
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	768 666	(1 176 409)	93 443	(1 082 966)	768 666
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	4 707 214	(1 176 409)	(7 745 356)	(8 921 765)	4 781 993
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(388 003 207)	(54 695 771)	(346 936 415)	(401 632 186)	(392 710 421)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(1 068 138)	66 295	
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	(1 082 966)	768 666	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	309 431	423 705	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6	(17 730)	(17 157)	
- Autres	7	(2 354 733)	(2 332 627)	
Amortissement des immobilisations	8	29 347 540	29 761 457	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10			
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(52 584 483)	(67 972 618)	
Autres (préciser P297)	13	432 805	8 484	7
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	(25 950 136)	(39 360 090)	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	(16 049 662)	2 670 004	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	(43 067 936)	(36 623 791)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(36 860 437)	(26 447 195)	
Produits de disposition d'immobilisations	18		200 581	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(36 860 437)	(26 246 614)	
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	22 730 436	31 543 150	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(953 955)	(901 036)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	14 776 000	(41 076 000)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	48 352 171	33 144 055	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6		(2 700 000)	
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	84 904 652	20 010 169	
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	4 976 279	(42 860 236)	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	13 027 356	55 887 592	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	18 003 635	13 027 356	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	18 003 635	13 027 356	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14			
TOTAL (L.13 + L.14)	15	18 003 635	13 027 356	

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	4 173 088	7 744 770	
Autres débiteurs	2	(5 550 359)	1 794 569	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4	(105 006)	198 874	
Frais reportés liés aux dettes	5	(75 371)	30 786	
Autres éléments d'actifs	6	(179 926)	158 449	
Créditeurs - MSSS	7			
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	(3 227 579)	(5 675 388)	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9	(14 258 379)	(4 257 387)	
Intérêts courus à payer	10	(238 624)	(690 817)	
Revenus reportés	11	1 175 698	1 006 325	
Passif au titre des sites contaminés	12	450 000	900 032	
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	1 830 741	1 254 481	
Autres éléments de passifs	14	(43 945)	205 310	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)	15	(16 049 662)	2 670 004	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	16	4 186 809	4 157 513	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	17			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	18	(129 955 863)	(60 233 574)	8
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	19	328 868	484 822	
Intérêts encaissés (revenus)	20	328 868	484 822	
Intérêts débiteurs (dépenses)	21	10 177 150	11 276 735	
Intérêts déboursés (dépenses)	22	10 173 554	10 585 918	

Non audité

Charges brutes par programme-service

	Exercice courant
Santé publique	11 331 745 $
Services généraux - activités clinique d'aide	26 178 607 $
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	185 914 056 $
Déficience physique	10 765 043 $
Déficience intellectuelle et TSA	5 166 587 $
Jeunes en difficulté	7 006 440 $
Dépendances	172 791 $
Santé mentale	71 208 735 $
Santé physique	351 302 693 $
Administration	56 527 611 $
Soutien aux services	77 993 507 $
Gestion des bâtiments et des équipements	70 424 869 $
Total des programmes-services	**873 992 684 $**

Note 1. - Constitution et mission

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) le 1er avril 2015. Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire de l'établissement 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.

Le siège social de l'établissement est situé à Montréal – 555 boulevard Gouin Ouest et les points de service sont répartis sur cinq arrondissements de la Ville de Montréal : Ahuntsic/Cartierville, Montréal-Nord, Saint-Laurent, Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension et Rosemont/La Petite Patrie.

Au 1er avril 2016, le CHSLD de la Petite-Patrie (anciennement Quatre Saisons) a été transféré du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu du Québec ou du 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 du Manuel de gestion financière rédigé 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 des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation plutôt que comme 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 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 des charges de l'exercice ainsi que sur la présentation des actifs et des 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. 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

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 de transfert
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 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.

Ventes de services et recouvrements
Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.
Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

Donations
Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatés aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est 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 à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales
Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

Instruments financiers
Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

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 et 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.

Créditeurs et autres charges à payer
Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

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.

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

- 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 2016-2017. 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 son autorisation.

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

Passifs au titre des avantages sociaux futurs
Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaire, les vacances cumulées, les congés de maladie, le régime de retraite, ainsi que les droits parentaux.

i. 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.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. 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.

iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie (exercice courant) 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 mars selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.
Les principales hypothèses utilisées pour les provisions relatives aux congés de maladie (exercice courant) et aux vacances sont les suivantes :

	Exercice courant	**Exercice précédent**
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,75 %	1,50 %
Indexation	0 %	0 %
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 %

iv. 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), 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.

v. Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et de la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018. 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 et 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. Le cas échéant, le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles.

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 l'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.

Les immobilisations 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 (maximum 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.

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à sa valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les Œuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

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 des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stocks de fournitures
Les stocks de fournitures sont des actifs non financiers composés de fournitures, qui seront consommés dans le cours normal des activités au cours des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales, les denrées alimentaires et autres. Ils sont évalués au plus faible du coût et de la valeur nette de réalisation. Le coût est déterminé selon la méthode du premier entré, premier sorti. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds
Aux 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 du fonds concerné.

Revenus d'intérêts
Les intérêts gagnés sur l'encaisse font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas précis 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, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Avoir propre
L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) 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 de l'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 : elles 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 : elles 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 l'établissement dans le cadre de ses 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), l'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'exercice financier. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Le résultat des opérations du fonds d'exploitation indiqué à la page 200, ligne 29, colonne 2, présente l'équilibre budgétaire. Les activités de recherches, dont les résultats sont présentés dans les opérations du fonds d'exploitation, ont cependant généré un déficit de 425 125 $ qui est compensé par l'utilisation d'un montant équivalent aux affectations d'origine interne pour les projets de recherche terminés. Le déficit de 1 068 138 $ au fonds d'immobilisations est lié à la durée du remboursement des projets autofinancés et de l'utilisation des transferts au fonds d'immobilisation des années antérieures qui n'est pas la même que l'amortissement de ces projets. Le résultat d'opération (exploitation & immobilisations) après les affectations d'origine interne de l'exercice se solde donc par un déficit net de 640 013 $.

Conséquemment, l'établissement ne respecte pas la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.001).

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) aux pages 200 et 206 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations, sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que celles pour 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 14 juin 2016, à l'aide du formulaire Budget détaillé RR-446.
Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier de façon importante au cours de l'exercice le budget adopté initialement :

	Budget initial	Impacts monétaires des modifications	Budget final
Liste des modifications au budget			
Maladie Fabry / Médicaments (*anciennement présenté dans les fonds affectés*)	10 000 $	4 748 365 $	4 758 365 $
Signatures des conventions collectives 2016-2020	-	3 771 340 $	3 771 340 $
Allocation NR volumétrie	-	3 500 000 $	3 500 000 $
Programme d'accès à la chirurgie	15 684 675 $	2 200 247 $	17 884 922 $
Développement : Ajout de ressources en CHSLD	-	611 063 $	611 063 $
Développement : NSA-Niveau de soins alternatifs	-	1 129 486 $	1 129 486 $
Développement : SAD – Soutien à domicile des personnes âgées	-	1 507 825 $	1 507 825 $
Produits sanguins	9 570 834 $	1 656 249 $	11 227 083 $
Revenus usagers	49 608 950 $	1 854 213 $	51 463 163 $
TOTAL	**74 874 459 $**	**20 978 788 $**	**95 853 247 $**

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. - Autres éléments d'actif

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

Note 8. - 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.
L'établissement n'a aucun emprunt temporaire conclu avec une partie apparentée.

Note 9. - Autres créditeurs

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

Note 10. - Dettes à long terme

Date Émis	Date Dû	Série (Billet-Éts)	Montant initial (en $)	Taux	Montant du versement périodique (en $)	Fréquence du versement	Exercice courant (en $)	Exercice précédent (en $)
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement garantis par le gouvernement du Québec								
13-12-20	18-12-19	B25-1	25 866 684	2,300	1 327 172	annuel	21 885 167	23 212 339
14-11-12	24-09-01	B26-1	13 295 504	2,944	535 300	annuel	12 311 891	12 847 190
14-12-03	24-09-01	B27-1	21 336 724	2,904	1 413 518	annuel	18 649 284	20 062 802
16-03-10	26-09-01	B28-1	15 033 034	2,478	714 021	annuel	14 319 013	15 033 034
16-06-22	26-09-01	B29-1	11 864 609	2,164	624 453	annuel	11 864 609	-
16-12-20	26-09-01	B30-1	7 352 243	1,972	294 090	annuel	7 352 243	-
14-03-21	18-12-19	B13-5	3 910 604	2,082	171 389	annuel	3 396 436	3 567 827
14-06-18	19-08-21	B14-5	5 972 054	2,109	401 001	annuel	5 170 053	5 571 053
14-11-06	24-09-01	B15-5	1 833 126	2,996	73 325	annuel	1 686 476	1 759 801
16-03-02	25-09-01	B16-5	766 698	1,934	30 668	annuel	736 030	766 698
16-12-20	26-09-01	B17-5	571 171	1,972	22 847	annuel	571 171	-
14-01-16	18-12-19	B11-3	11 031 146	2,335	481 720	annuel	9 585 985	10 067 706
14-03-03	18-12-19	B12-3	3 095 543	1,999	171 975	annuel	2 579 620	2 751 594
14-06-18	19-08-21	B13-3	3 823 729	2,109	191 186	annuel	3 441 356	3 632 542
14-11-14	24-09-01	B14-3	8 154 101	2,944	326 164	annuel	7 501 773	7 827 937
14-11-14	22-09-01	B15-3	1 394 019	2,700	174 252	annuel	1 045 514	1 219 767
16-03-24	25-09-01	B16-3	4 872 899	1,934	194 916	annuel	4 677 983	4 872 899
16-06-15	20-06-01	B17-3	2 590 496	1,154	541 784	annuel	2 590 496	-
16-06-22	26-09-01	B18-3	4 635 169	2,164	265 174	annuel	4 635 169	-
16-12-20	26-09-01	B19-3	13 490 293	1,972	613 737	annuel	13 490 293	-
14-01-21	18-12-19	B10-2	10 465 856	2,230	490 126	annuel	8 995 477	9 485 604
14-11-19	24-09-01	B11-2	4 625 784	2,944	185 031	annuel	4 255 722	4 440 753
14-12-10	24-09-01	B12-2	2 523 605	2,904	130 185	annuel	2 263 235	2 393 420
14-12-10	18-12-01	B13-2	457 840	1,696	114 460	annuel	228 920	343 380
15-02-18	23-12-01	B14-2	7 471 368	1,939	830 152	annuel	5 811 064	6 641 216
16-03-24	25-09-01	B15-2	4 756 651	1,934	190 266	annuel	4 566 385	4 756 651
16-06-22	26-09-01	B16-2	3 254 503	2,164	190 746	annuel	3 254 503	-
16-12-20	26-09-01	B17-2	2 857 725	1,972	114 309	annuel	2 857 725	-
14-01-16	18-12-19	B9-4	14 550 270	2,335	604 845	annuel	12 735 734	13 340 580
14-06-19	19-08-21	B10-4	4 132 766	2,141	217 514	annuel	3 697 738	3 915 252
14-11-14	24-09-01	B11-4	9 842 980	2,944	393 719	annuel	9 055 542	9 449 261
16-03-10	26-09-01	B12-4	6 113 869	2,478	281 966	annuel	5 831 902	6 113 869
16-05-05	21-09-01	B13-4	1 772 080	1,554	354 416	annuel	1 772 080	-
16-12-20	26-09-01	B14-4	2 329 719	1,972	93 189	annuel	2 329 719	-
Sous-total			236 044 862				215 146 308	174 073 175

Date Émis	Date Dû	Série (Billet-Éts)	Montant initial (en $)	Taux	Montant du versement périodique (en $)	Fréquence du versement	Exercice courant (en $)	Exercice précédent (en $)
Billets à terme contractés auprès du Financement-Québec garantis par le gouvernement du Québec								
08-03-13	32-12-01	B12-1	27 113 041	4,958	1 084 522	annuel	17 352 347	18 436 868
09-12-18	34-06-01	B16-1	17 251 749	4,991	690 070	annuel	12 421 260	13 111 330
10-11-23	16-06-02	B17-1	15 611 327	2,896	624 453	annuel	-	12 489 061
11-03-28	17-12-01	B18-1	651 382	3,604	93 055	annuel	93 054	186 109
11-05-27	17-12-01	B19-1	8 241 206	3,418	329 648	annuel	6 592 965	6 922 613
11-11-11	17-12-01	B20-1	18 920 710	2,472	756 828	annuel	15 136 568	15 893 397
12-03-09	18-12-01	B21-1	6 644 160	2,406	369 120	annuel	4 798 560	5 167 680
12-07-27	19-12-01	B22-1	2 886 852	2,463	151 940	annuel	2 279 093	2 431 033
12-12-19	19-12-01	B23-1	18 316 851	2,489	732 674	annuel	15 386 154	16 118 828
12-12-19	19-12-01	B24-1	701 247	2,489	100 178	annuel	300 534	400 713
10-06-22	17-06-01	B9-5	5 207 668	3,811	344 560	annuel	3 140 308	3 484 868
93-03-07	18-01-16	B1-5	2 840 300	9,375	113 612	annuel	113 612	227 224
11-01-28	17-12-01	B10-5	913 412	3,594	36 536	annuel	694 193	730 730
12-03-02	18-12-01	B11-5	2 650 932	2,406	122 388	annuel	2 038 992	2 161 380
12-12-21	18-06-01	B12-5	1 637 996	2,122	65 520	annuel	1 375 917	1 441 437
10-03-15	16-06-02	B6-3	14 853 969	3,131	1 054 558	annuel	-	8 526 623
10-11-16	16-12-01	B7-3	7 721 422	2,875	308 857	annuel	-	6 177 137
12-03-16	23-01-16	B8-3	11 934 408	3,157	518 438	annuel	9 342 214	9 860 652
12-03-16	19-03-29	B9-3	558 408	2,479	79 773	annuel	159 545	239 318
12-12-19	19-12-01	B10-3	7 142 996	2,489	305 715	annuel	5 920 136	6 225 851
10-05-06	34-06-01	B6-2	2 419 193	5,090	83 967	annuel	1 595 387	1 679 355
10-12-01	16-06-02	B7-2	4 318 968	2,870	190 746	annuel	-	3 445 249
12-03-09	18-12-01	B8-2	6 314 619	2,406	285 937	annuel	4 884 936	5 170 872
12-12-21	18-06-01	B9-2	3 544 756	2,130	141 790	annuel	2 977 595	3 119 385
12-04-01	18-03-31	B1-4	236 160	2,700	39 360	annuel	39 360	78 720
11-06-16	17-12-01	B6-4	5 506 880	3,054	231 865	annuel	4 347 556	4 579 420
12-03-16	17-04-25	B7-4	8 301 648	2,073	364 885	annuel	6 842 107	7 206 992
12-12-19	18-06-01	B8-4	12 512 861	2,057	527 786	annuel	10 401 718	10 929 503
Sous-total			214 955 121				128 234 111	166 442 348
Billets à terme contractés auprès de la Banque Nationale du Canada								
73-10-01	-	1-1	712 903	3,000	-	-	712 903	712 903
Sous-total			712 903				712 903	712 903
Contrats de location-acquisition								
08-04-01	17-04-15	Delage Landen-1	156 166	9,200	18 636	annuel	14 570	26 875
Sous-total			156 166				14 570	26 875
Emprunts à long terme								
10-05-07	17-05-06	Emprunt projet autofinancé économie d'énergie-1	3 000 000	1,520		-	2 500 000	2 500 000
13-06-03	18-03-01	Emprunt projet autofinancé économie d'énergie-3	2 241 461	1,878	39 324	mensuel	471 886	941 650
Sous-total			5 241 461				2 971 886	3 441 650
Total			**457 110 513**				**347 079 778**	**344 696 951**

Légende Billet-Établissements fusionnés :

1 = Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
2 = CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent
3 = CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord
4 = CSSS du Coeur-de-l'Île
5 = Hôpital Rivière-des-Prairies

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2017, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	$
2017-2018	58 005 615
2018-2019	94 156 034
2019-2020	42 959 877
2020-2021	12 101 490
2021-2022	10 423 442
2022-2023 et subséquents	129 433 320
Total	**347 079 778**

Note 11. - Passif au titre des sites contaminés

L'établissement est responsable de décontaminer des terrains nécessitant des travaux de réhabilitation.

Les sols prélevés présentent des concentrations en HP C 10 C 50, HAP et COV ne respectant pas les niveaux A et B des critères recommandés par le Ministère du développement, de l'environnement et des parcs pour une propriété à vocation institutionnelle.

À cet égard, un montant de 2 692 382 $ a été comptabilisé à titre de passif au titre des sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2017 (2 242 382 $ au 31 mars 2016). Ce montant est basé sur étude de caractérisation préliminaire.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

Note 12. - Autres éléments de passif

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

Note 13. - 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'ententes de partenariat public-privé et la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux pages 420-00 à 423-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 14. - Affectations

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

Note 15. - 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 est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis de façon sécuritaire 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.

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	18 003 635 $	13 027 356 $
Placements temporaires	-	-
Débiteurs MSSS	43 892 764 $	48 065 852 $
Autres débiteurs	24 089 586 $	18 539 227 $
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	106 721 855 $	97 802 785 $
Placements de portefeuille	-	-
Total	**192 707 840 $**	**177 435 220 $**

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 d'entités gouvernementales, des usagers et pour les réclamations de la TPS et TVQ.

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 2017, les sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, du Régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) et du gouvernement du Canada, qui jouissent d'une bonne qualité de crédit représentaient 77 % du montant total recouvrable (84 % au 31 mars 2016).

La chronologie des autres débiteurs au 31 mars, déduction faite de la provision pour créances douteuses, se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	18 462 574 $	15 490 352 $
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	1 690 265 $	886 330 $
De 30 à 59 jours	1 781 384 $	2 000 079 $
De 60 à 89 jours	670 114 $	470 119 $
De 90 jours et plus	30 049 471 $	24 430 293 $
Sous-total	34 191 234 $	27 786 821 $
Provision pour créances douteuses	28 564 222 $	24 737 946 $
Sous-total	5 627 012 $	3 048 875 $
Total des autres débiteurs	**24 089 586 $**	**18 539 227 $**

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début	24 737 946 $	18 995 289 $
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	3 826 276 $	5 742 657 $
Montants recouvrés	-	-
Radiations	-	-
Solde à la fin	28 564 222 $	24 737 946 $

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 créditeurs – MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer, les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des ouvertures de crédit sans échéance prédéterminée. 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 dans les 60 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 en raison de ses avances de fonds – enveloppes décentralisées, emprunts temporaires et de ses dettes à long terme. L'état de la situation financière présente le solde de ces postes.

Du montant des emprunts temporaires totalisant 70 707 340 $, un montant de 37 900 000 $ porte intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,3 %, alors que d'autres représentant 32 807 340 $ 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 347 494 353 $, un montant de 414 575 $ représente des emprunts portant intérêt à taux variable. Les intérêts à taux variable 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 de 347 079 778 $ représente des emprunts portant intérêt à taux fixe. De ce montant, un montant de 344 565 208 $ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 2 514 570 $ représente des emprunts portant intérêt à taux fixe pour lesquels les intérêts sont pris en charge par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

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 16. - 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.

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 2017 existent. Ces montants, pris globalement, ne sont pas significatifs.

Note 17. - Événements postérieurs à la date des états financiers

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1er avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficience globale du réseau. Ainsi, le 1er avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des 11 grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a conclu avec le CHUM une convention de cession d'exploitation d'activités de laboratoire qui prend effet à compter du 1er avril 2017 en vertu de laquelle il abandonne et cède en sa faveur l'exploitation complète des activités de laboratoire médical à compter de cette date. Il cède également tous les biens meubles et autres actifs servant à l'exploitation des activités cédées, ainsi que les droits, devoirs et obligations sur la partie du budget en cours à la date de la prise en charge des activités cédées. Il demeure responsable de toutes les dettes, obligations, responsabilités et de tout le passif se rapportant aux actifs et activités cédés qui auraient pris origine avant la date de la prise en charge des activités et seraient devenus exigibles à cette date.

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

Note 18. - Chiffres comparatifs

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2017**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
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.	2011-2012	R	Aucune, car selon les directives du MSSS			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Aucune opinion exprimée sur la conformité du jours-soins pour le centre d'activités 7090 - Unité de médecine de jour puisqu'il est impossible de rapprocher le tableau statistiques et la liste de patients.	2011-2012	R	Le tableau statistique et la liste ont été rapprochés	X		
L'unité de mesure « mètre carré » pour le centre d'activité 7644 – Hygiène salubrité n'a pas été compilée au cours de la période financière puisqu'aucun travail n'a été effectué par l'établissement pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesures et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7644 – Hygiène salubrité présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2014-2015	R	Le travail de validation a été effectué	X		
L'unité de mesure « mètre cube » pour le centre d'activité 7703 – Fonctionnement des installations – autres n'a pas été compilée au cours de la période financière puisqu'aucun document n'existe pour valider la superficie	2014-2015	R	Le travail de validation a été effectué	X		

occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7703 – Fonctionnement des installations – autres présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.						
Les unités de mesure « l'unité technique provinciale » et « l'usager » pour les centres d'activités 6350 – Inhalothérapie et 6352 – Inhalothérapie Autres n'ont pas été entièrement compilées au cours de la période financière en raison de moyens de pression exercés par les inhalothérapeutes.	2015-2016	R	Aucun moyen de pression en 2016-2017	X		
L'unité de mesure « la visite » pour le centre d'activité 6307 – Services de santé courants et « l'usager » pour le centre d'activité 6590 – Santé scolaire n'ont pas été entièrement compilées au cours de la période financière en raison de moyens de pression exercées par les infirmières.	2015-2016	R	Aucun moyen de pression en 2016-2017	X		
Certains établissements du CIUSSS doivent compiler l'unité de mesure « usagers distincts ». Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2015-2016	R	Sera possible lors de l'intégration dans un système informatique unique des index patients			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles,	2011-2012	C	La gestion des accès et du pilotage de l'applicatif ne sont pas partagés avec le service informatique.			X
L'établissement n'a pas mis en place une procédure interne d'alerte (« whistleblowing ») pour évaluer les plaintes des parties prenantes sur la comptabilité, les processus internes ou la présentation de l'information financière.	2015-2016	C	La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit un régime d'examen des plaintes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il permet à une personne			X

L'établissement devrait établir un processus pour recevoir, évaluer et conserver ces plaintes et pour y répondre de façon à protéger les parties prenantes.			s'estimant lésée dans ses droits d'exprimer son insatisfaction ou de déposer une plainte.			
Nous avons noté que les employés de la comptabilité sont responsables de la mise à jour des profils d'utilisateur et des menus dans l'application financière Espresso.	2015-2016	C	La gestion des accès et du pilotage de l'applicatif ne sont pas partagés avec le service informatique.			X

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Adopté par le conseil d'administration

Le 23 mars 2016

Préambule

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS

Section 4 — APPLICATION

Annexes

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflit d'intérêts

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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 il doit faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;

b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;

d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;

e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie 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 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, tel que recommandé par le comité de gouvernance et d'éthique au conseil d'administration pour adoption.

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

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

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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 circonstances .

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 assujetti 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.

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.

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et 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 habiletés et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les

votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.

- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration ;

b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement ;

c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;

d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;

e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

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

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

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent è 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 est soigné au sein de l'établissement ou reçoit des services.

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. **Comité de gouvernance et d'éthique**

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

a) proposer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;

b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;

c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;

d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;

e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

f) réviser, au moins aux trois (3) ans, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;

g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;

h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;

i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

18. **Comité d'examen *ad hoc***

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme, au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins

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

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

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

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code ;

b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code ;

c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait 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.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

ANNEXE I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

ANNEXE II - Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

ANNEXE III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

_____

_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

4. Autre(s) situation(s)

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

_____

_____

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

ANNEXE IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

☐ 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 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]*

☐ 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] :*

_____

_____

_____

3. Emploi

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

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

4. Autre(s) situation(s)

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

_____

_____

_____

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

ANNEXE V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

☐ ne pas être en conflit d'intérêts

☐ croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Montréal

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

.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

ANNEXE VI – Signalement d'une situation de conflit d'intérêts

Je, soussigné (e), _____ estime que le membre suivant:

_____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

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

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

.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

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

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

Québec