

**+**  
**Rapport  
annuel  
de gestion**  
**2017–2018**

**POUR  
UN MONDE  
EN SAN+É**

**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/](http://ciusss-nordmtl.gouv.qc.ca/)  
[facebook.com/CIUSSSntml](https://facebook.com/CIUSSSntml)

Courriel : [servicedescommunications.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto: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

### **Dépôt légal :**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN 978-2-550-80726-1 (version imprimée) (en août)

ISBN 978-2-550-80726-8 (version PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2018  
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 .....	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 2017-2018.....	20
Soutien, administration et performance.....	20
Programme de santé physique générale et spécialisée .....	21
Programmes sociaux et de réadaptation .....	22
Enseignement.....	24
Recherche.....	24
Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018 .....	27
Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité .....	36
Soins palliatifs et soins de fin de vie .....	42
Ressources humaines de l'établissement .....	43
États financiers et analyse des résultats des opérations.....	45
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs .....	47



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

## 2017-2018 : l'année des grandes réalisations

Au terme de la troisième année d'existence de notre CIUSSS, nous pouvons affirmer qu'ensemble nous avons accompli de grandes choses. Jour après jour, depuis plus de trois ans, nous avons réussi à relever le grand défi de l'intégration de nos soins et services.

L'année 2015-2016 en était une de transition. Nous avons établi les bases de notre organisation. Les deux années suivantes ont été consacrées quant à elles à la transformation de notre offre de service. Les réussites, petites et grandes, de notre établissement se traduisent aujourd'hui par une amélioration de l'accès aux soins et services pour la population et nos usagers.

En 2017-2018, nous sommes entrés dans la phase finale de l'intégration des services et nous avons intensifié le déploiement des processus d'amélioration continue. À l'issue de ce cycle de transformation majeur, nous pouvons faire état de grandes réalisations.

### Les services de première ligne

Notre CIUSSS a été le premier à inaugurer une super-clinique au Québec. C'est également notre établissement qui en compte le plus grand nombre sur son territoire, puisque que cinq super-cliniques ont été inaugurées cette année, ce qui porte le total à six.

L'accès à un médecin de famille s'est amélioré. En 2017-2018, près de 8300 personnes sur notre territoire se sont vue attribuer un médecin de famille. Cette progression de près de 5% par rapport à l'année dernière est notable. Toutefois nous allons poursuivre nos efforts en collaboration avec nos partenaires et nous avons bon espoir que nos travaux porteront leurs fruits en 2018-2019, particulièrement dans les secteurs plus pauvres en effectifs médicaux.

### Les services hospitaliers

L'accès aux services dans nos hôpitaux a aussi progressé de manière significative. La durée moyenne de séjour a diminué de 20% dans nos trois salles d'urgence depuis l'année dernière et les temps d'attente pour obtenir une intervention chirurgicale ou un examen en imagerie médicale ont été pratiquement éliminés.

Soulignons qu'en décembre 2017, le ministre a annoncé un investissement majeur à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal qui aura dorénavant son appareil TEP Scan. Cette nouvelle a été chaleureusement accueillie par nos équipes et permettra à l'HSCM d'assumer pleinement son rôle de centre hospitalier universitaire et de pérenniser son expertise dans ses créneaux d'excellence, dont l'oncologie et la cardiologie.

### Les services aux personnes âgées

En ce qui concerne les services aux personnes âgées, l'année a été marquante. Nos menus en CHSLD ont complètement été révisés. De concert avec l'Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec (ITHQ) ainsi que des résidents de nos CHSLD, nous avons élaboré des menus inspirés des diverses communautés culturelles dont sont issus plusieurs de nos résidents. Nous sommes très fiers de l'implantation de ce projet adapté aux besoins de nos résidents.

Le soutien à domicile a quant à lui fait l'objet d'un investissement gouvernemental massif permettant d'élargir et d'intensifier notre offre de service. Davantage de personnes sont donc en mesure de bénéficier de soins et de services à leur domicile et peuvent ainsi satisfaire leur souhait de demeurer chez eux le plus longtemps possible.

## Les services en santé mentale

En ce qui concerne le volet de la santé mentale, l'intégration des services a permis de rendre disponibles nos cliniques de psychiatries spécialisées de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost à l'ensemble de la population de notre territoire. Nous avons aussi développé une centaine de nouvelles places destinées à la clientèle en santé mentale ayant besoin de services de suivi d'intensité variable. Pour nos jeunes, la réorganisation des services ambulatoires par territoire de desserte à Montréal favorise maintenant un accès en fonction du lieu de résidence de ceux-ci en plus d'améliorer le délai d'attente.

## Les projets immobiliers

Les travaux de construction de la nouvelle aile de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal vont bon train. Les rénovations du CHSLD de Cartierville sont toujours en cours et devraient se terminer d'ici la fin de l'année 2018. Nous allons également entamer l'aménagement de la toute première maison de naissance sur notre territoire, un projet attendu depuis longtemps par la population du territoire.

## La recherche et l'enseignement

En 2017-2018, la recherche et l'enseignement poursuivent la consolidation de leurs activités. En réunissant la recherche psychosociale, santé mentale et biomédicale en un seul centre interdisciplinaire, nous ouvrons la voie à des projets de recherche novateurs ancrés dans sa communauté et centrés sur les besoins de notre population.

Notre mission d'enseignement est maintenant de plus en plus intégrée à notre offre de service. En effet, plus de 7000 stages ont été offerts dans 66 disciplines. C'est pour nous une très grande fierté d'offrir des milieux de stage enrichissants aux futurs travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux.

## Notre défi: le contexte québécois de plein emploi

Le recrutement et la rétention de nouveaux employés dans le contexte de plein emploi au Québec nous amènent à revoir notre approche en gestion des ressources humaines. Il s'agit d'un défi important sur lequel nous allons continuer à travailler au cours de la prochaine année.

En terminant, il est essentiel de remercier, le personnel, les gestionnaires, les médecins, ainsi que tous les bénévoles au sein de nos divers services, comités et conseils, qui ont rendu possible l'accomplissement de toutes ces réalisations.

Leur travail, leur dévouement et leur vigilance de tous les instants font en sorte que tout est maintenant en place au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour que nous puissions atteindre notre *Vrai Nord: Ensemble, fiers et passionnés, innovons pour créer un monde en santé.*



**Pierre Gfeller, M.D.**



**Lucy Rodrigues**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lucy Rodrigues', written in a cursive style.

**Lucy Rodrigues**  
Présidente du conseil d'administration

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gfeller', written in a cursive style.

**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 2017-2018 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 2018.

Le président-directeur général,



**Pierre Gfeller, M.D.**

# 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 de l'Ouest du Québec
- Centre d'expertise en traumatismes crâniens légers (territoire de traumatologie de l'Île de Montréal et Laval)
- Centre provincial pour la clientèle tétraplégique ventilo-assistée
- Médecine hyperbare (ouest du Québec)
- Maladie génétique rénale (tout le Québec)
- Centre 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, l'Hôpital général du Lakeshore et le territoire du CIUSSS NIM)
- Équipe suprarégionale (niveau 3) en cancer du poumon
- Pédiopsychiatrie (RUIS de l'Université de Montréal)

## Ressources en santé et services sociaux

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal compte 26 installations offrant des soins et services à la population, soit :

### 5 hôpitaux

- Hôpital du Sacré-Cœur-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 Bâtitseurs

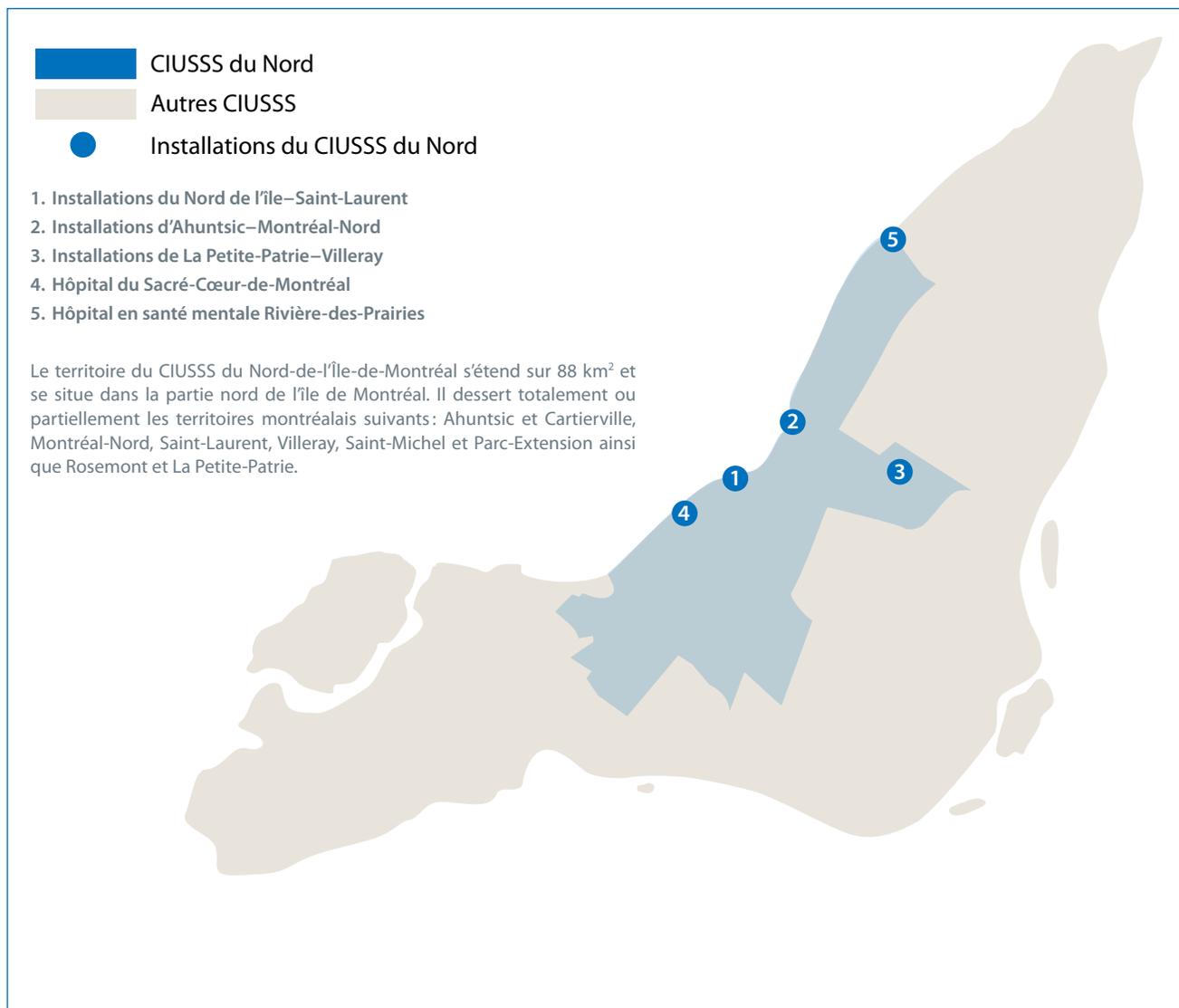
### 3 centres ambulatoires

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

### Sur le territoire du CIUSSS, on trouve également :

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

## Territoire



## Population

Comptant 442 896 habitants, le territoire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal est le deuxième plus peuplé 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 socio économiques particulières puisque la population immigrante est la plus importante en nombre d'individus (164 745). Les proportions d'immigrants, tant récents sur 5 ans (9 % contre 7 % pour Montréal) que totaux (40 % contre 34 % pour Montréal), sont les deuxièmes plus élevées de l'île de Montréal.

## Personnes hébergées

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

- 1 876 lits d'hébergement ;
- 557 places en ressources non institutionnelles ;
- 18 places en ressources de type familial.

## Portrait sociosanitaire des jeunes du territoire

Selon les dernières statistiques disponibles, soit en 2016, la proportion des familles monoparentales avec un enfant ou plus est sensiblement la même qu'à Montréal (22 % contre 21 % pour Montréal). Près du tiers (30 %) des enfants de la maternelle du territoire sont vulnérables dans au moins un domaine de développement, proportion comparable à la valeur montréalaise (29 %). À la fin de l'année scolaire 2013-2014, ce sont 543 élèves sortant du secondaire dans ce territoire qui n'ont obtenu ni diplôme ni qualification, ce qui correspond à 16 % des sortants, proportion équivalente à celle de Montréal.

## Ressources humaines

### Le personnel

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal compte à son emploi 12 369 personnes, soit 19 % de l'ensemble des effectifs des CIUSSS de Montréal. Parmi le nombre d'employés, nous comptons 8878 équivalents temps complet.

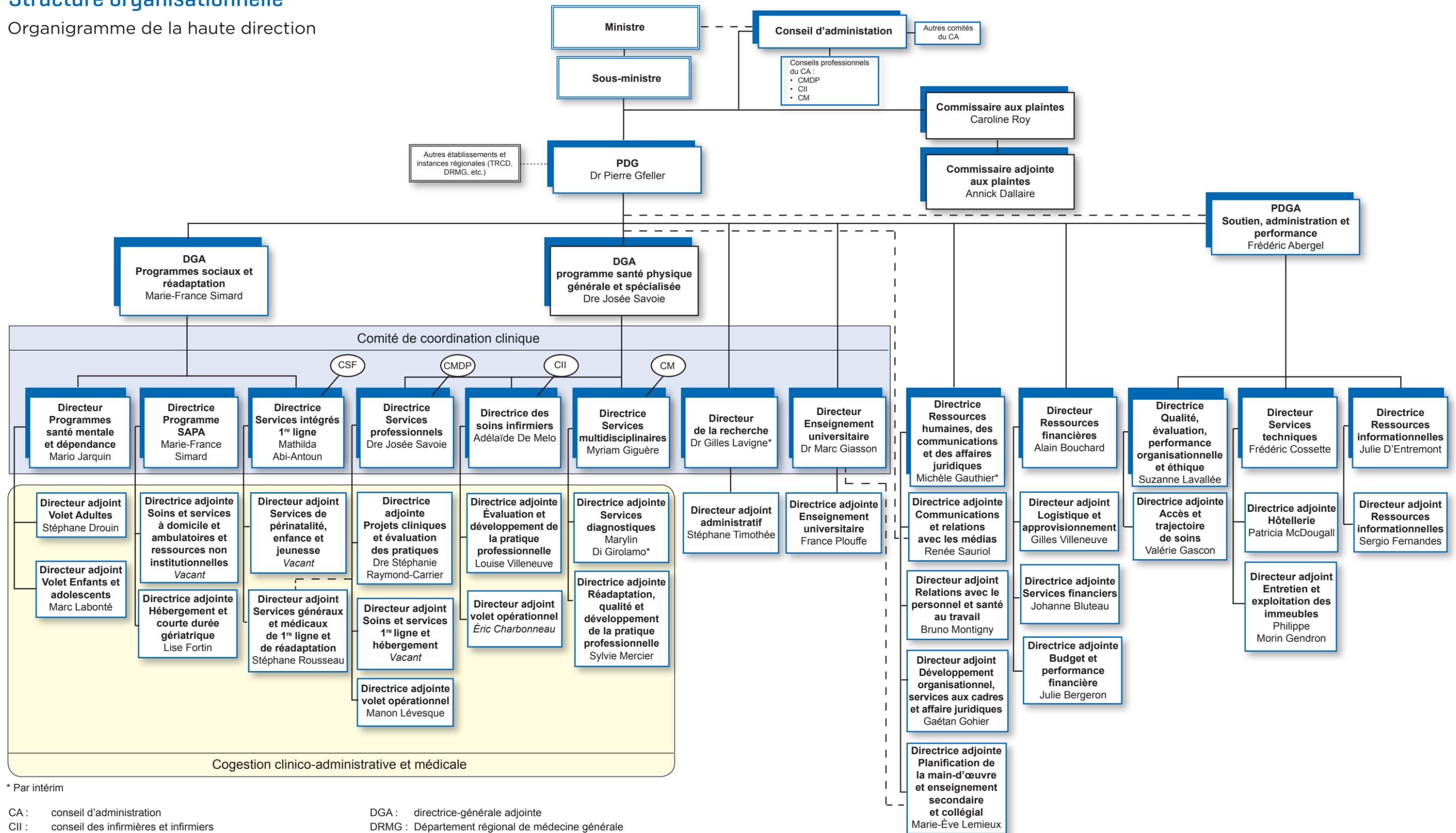
### Les médecins

Le CIUSSS NIM a compté cette année 831 médecins omnipraticiens et spécialistes qui ont travaillé au sein de ses 26 installations.

Médecins du CIUSSS	
Omnipraticiens	274
Spécialistes	557
<b>Total</b>	<b>831</b>

# Structure organisationnelle

## Organigramme de la haute direction



\* Par intérim

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 Benschila**

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

### **Membres nommés**

**Mme Louise Béliveau**

Université affiliée

**Dr Pierre Gfeller**

Président-directeur général

Secrétaire

**Pr Michel Janosz**

Université affiliée

### **Membres indépendants**

**M. Norman Décarie**

Profil : Risques, finances, comptabilité

**Mme Lucie Gérin**

Profil : Organisation communautaire

**M. Yvon Jasmin**

Profil : Réadaptation

**Mme Marianne Le Roux**

Vice-présidente

Profil : Expertise en réadaptation

**Me Louis Letellier de Saint-Just**

Profil : Santé mentale

**Mme Alida Piccolo**

Profil : Expérience à titre d'utilisateur des services sociaux

**Mme Josephine Primiani**

Comité langue anglaise

Profil : Gouvernance et éthique

**Mme Lucy Rodrigues**

Présidente

Profil : Ressources immobilières, informationnelles ou humaines

**M. Gladimy Télus**

Profil : Protection de la jeunesse

**M. Jean-Pierre Urbain**

Profil : Vérification, performance ou gestion de la qualité

### **Membre observateur**

**M. Mikaël Vachon**

Fondations

## Comités, conseils et instances consultatives

### Comité de gouvernance et d'éthique

**Me 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 du CA

**Dr Pierre Gfeller**

Président-directeur général

### Comité de vérification

**Mme Marianne Le Roux**

Présidente, membre du CA

**M. Mickaël Vachon**

Membre observateur du CA

**Mme Lucie Gérin**

Membre du CA

**M. Yvon Jasmin**

Membre du CA

**M. Gladimy Télus**

Membre du CA

**M. Jean-Pierre Urbain**

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, présidente 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 d'évaluation des mesures disciplinaires

**Dre Christiane Richard**  
Membre du CA

**M. Yvon Jasmin**  
Membre du CA

**Mme Alida Piccolo**  
Membre du CA

**Mme Lucy Rodrigues**  
Membre du CA

**Dr Pierre Gfeller**  
Président-directeur général

## Comité de révision

**M. Norman Décarie**  
Président, membre 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 du CA

**Mme Lucie Gérin**  
Membre du CA

**Mme Alida Piccolo**  
Membre du CA

**M. Frédéric Abergel**  
Président-directeur général adjoint

**Mme Michèle Gauthier**  
Directrice intérimaire des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

## Comité de la mission académique

**M. Yvon Jasmin**  
Membre du CA

**Mme Louise Béliveau**  
Membre du CA

**Pr Michel Janosz**  
Membre du CA

**Me Louis Letellier de St-Just**  
Membre du CA

**Dr Pierre Gfeller**  
Président-directeur général

**Dr Gilles Lavigne**  
Directeur intérimaire de la recherche universitaire

**Dr Marc Giasson**  
Directeur de l'enseignement universitaire

## Comité de gestion des risques

**M. Frédéric Abergel**  
Président-directeur général adjoint

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

**Mme Myriam Giguère**  
Vice-présidente  
Directrice des services multidisciplinaires

**Mme Nathalie Chicoine**  
Secrétaire  
Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

**Dre Josée Savoie**  
Directrice des services professionnels

**Mme Adélaïde De Melo**  
Directrice des soins infirmiers

**M. Philippe Morin-Gendron**  
Directeur adjoint 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 Mathilda Abi Antoun**  
Directrice des services intégrés de 1<sup>re</sup> ligne

**Mme Chantal Voghel**  
Présidente du conseil des infirmières et infirmiers

**Mme Annie Dénommée**  
Conseil multidisciplinaire

**Dre Magdalene Duniewicz**  
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

**Vacant**  
Conseil des sages-femmes

**Vacant**  
Comité des usagers

**Vacant**  
Patient partenaire

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

## 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 Élodie 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 Élodie Petit**  
Présidente  
Personne versée en éthique

**Me Delphine Roigt**  
Vice-présidente Juriste

## Conseil des infirmières et infirmiers

**Mme Chantal Voghel**  
Présidente

**Mme Catherine Legault**  
Vice-présidente

**M. Régis Godin**  
Secrétaire et agent de communication

**Mme Annie Trottier**  
Trésorière du conseil

**Mme Claudie Beauséjour**  
Conseillère

**Mme Urielle Étienne**  
Conseillère

**Mme Karyne Jean-Baptiste**  
Conseillère

**Mme Isabelle Lussier**  
Conseillère

**Mme Karina Rodriguez**  
Conseillère

**Vacant**  
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 Sandra Charles**  
Vice-présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

## Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

**Dr Donald Eddé**  
Président

**Dr Jean Papacotsia**  
Vice-président intérimaire et trésorier

**Dre Marie-Michèle Robert**  
Secrétaire

**Dre Isabelle Boulanger**  
Conseillère

**Dre Marie-Josée Desjardins**  
Conseillère

**Dre Monique Desjardins**  
Conseillère

**Dr Thomas Hemmerling**  
Conseiller

**Dr Tarek Khreiss**  
Conseiller

**Dr Alain Lévesque**  
Conseiller

**Dr Nicolas Saumart-Dufour**  
Conseiller

**Dr Zouhair Sidani**  
Conseiller

**Dre Vicky Soulière**  
Conseillère et présidente sortante

**Dr Zahi Abou Chacra**  
Représentant du CMDP au CA

**Dr Pierre Gfeller**  
Président-directeur général

**M. Frédéric Abergel**  
Président-directeur général adjoint

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

## 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 Lyne Chayer**  
Membre

**M. Étienne Dumais-Roy**  
Membre

**Mme Farah Jamal**  
Membre

**M. Jessie Langlois**  
Membre

**Mme Penny Lafrance**  
Membre

**Mme Lyne Paquette**  
Membre

**Dr Pierre Gfeller**  
Président-directeur général

**M. Frédéric Abergel**  
Président-directeur général adjoint

**Mme Miryam Giguère**  
Directrice des services multidisciplinaires

## Faits saillants

### Conseil d'administration

Le conseil d'administration, fort des travaux effectués et des recommandations issues de ses comités, a discuté de plusieurs dossiers et projets stratégiques au cours de la dernière année, dont :

- 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 plusieurs politiques essentielles au bon fonctionnement du CIUSSS :
  - Politique en matière de niveaux de soins
  - Politique pour un environnement sans fumée
  - Politique – Protocole de décision et d'application exceptionnelle des mesures de contrôle
  - Politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail ;
- Adoption d'un règlement de divulgation de l'information nécessaire et mesures de soutien à un usager à la suite d'un accident, ainsi que du Cadre de gestion intégrée de la performance organisationnelle ;

- Prolongation des nominations, des privilèges et statuts actuels de tous les médecins, dentistes et pharmaciens œuvrant au CIUSSS NIM, comme le prescrit la loi;
- Appui au modèle proposé de recherche intersectorielle;
- Orientations sur la gestion des risques;
- Rapports sur les soins de fin de vie;
- Centre d'information à la population (514 336-NORD);
- Qualité de la nourriture dans nos installations, en particulier les CHSLD;
- 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;
- Activités de laboratoire en lien avec le projet régional de centralisation Optilab;
- Engagements relatifs à l'implantation au CIUSSS NIM du centre régional d'Environnements avec simulateurs patients pour l'apprentissage (ESPA-Montréal);
- 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;
- Remplacement des salles d'angiographie 1 et 2 à l'HSCM, ainsi que remplacement du système de vidéo-endoscopie pour la gastroentérologie de HSCM.

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

Les principales réalisations du comité de vérification ont porté sur le suivi rigoureux de l'utilisation des ressources de l'établissement en concordance avec l'activité des installations, sur la gestion optimale de tous dossiers à caractère financier, ainsi que sur le respect des règlements.

Le comité a également :

- pris connaissance des résultats de la vérification et assuré le suivi des recommandations;
- fait les recommandations au conseil d'administration sur l'adoption du budget annuel et des états financiers;
- pris connaissance du plan de déploiement des actifs informationnels;
- pris connaissance des contrats achats recommandés, ainsi que des processus de mise en concurrence des fournisseurs par lesquels ils ont été retenus et en faire la recommandation au conseil d'administration;
- analysé les politiques proposées et en faire la recommandation au conseil d'administration; et

- réalisé 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

Le comité de vigilance et de la qualité :

- S'est assuré de veiller aux suivis accordés par l'établissement à la suite du dépôt de recommandations ou la prise d'engagement quant aux plaintes reçues au Commissariat aux plaintes et à la qualité des services;
- A porté une attention particulière aux plaintes en lien avec l'accessibilité des services et à celles qui tardaient à être résolues ainsi qu'au suivi des recommandations du Protecteur du citoyen;
- A pris connaissance des travaux du comité d'utilisateurs sur l'alimentation en CHSLD et s'est informé à deux reprises quant à l'avancement de travaux;
- A amorcé l'examen de la réalisation des plans d'action en lien avec la qualité, plus particulièrement ceux touchant aux inspections professionnelles;
- A pris connaissance du projet de loi 115 sur la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité et s'est enquis des modalités de mise en œuvre de ce projet de loi au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal;
- S'est familiarisé avec le processus uniformisé d'analyse des événements sentinelles mis en place;
- S'est informé sur les services de soutien à domicile, le personnel qui y œuvre, la priorisation des services et les ressources récurrentes et ponctuelles qui y ont été injectées en cours d'année;
- A suivi les travaux en cours en vue d'élaborer une politique au sein du CIUSSS NIM sur les mesures de contrôle concernant les contentions et l'isolement.

### Comité des ressources humaines

Les principales réalisations du comité des ressources humaines ont porté notamment sur le suivi rigoureux des principaux indicateurs de performance en matière de capital humain (assurance salaire, main-d'œuvre indépendante, temps supplémentaire et temps supplémentaire obligatoire), sur les stratégies mises de l'avant pour favoriser une saine gestion des ressources humaines, ainsi que sur le suivi des négociations des dispositions locales.

Voici plusieurs dossiers suivis au cours de la récente année :

- Rapport sur la prévention de la violence en milieu de travail;
- Plan d'amélioration des activités de dotation pour combler les besoins de main-d'œuvre;
- Fusion des systèmes de paie et de gestion des ressources humaines;
- Plan d'action en suivi du diagnostic organisationnel effectué au sein de la Direction des services intégrés de 1<sup>re</sup> ligne - Services de périnatalité, enfance et jeunesse;

- Validation de la politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence au travail et de la qualité de vie au travail;
- Conditions de travail des employés syndiqués non syndiqués et des employés non syndiqués du réseau de la santé et des services sociaux;
- Procédure visant à faciliter la divulgation d'actes répréhensibles par les personnes œuvrant au sein de l'établissement;
- Priorité en matière de ressources humaines pour 2018-2019.

### Comité de gestion des risques

Le comité de gestion des risques s'est réuni à deux reprises au cours de l'année 2017-2018. Conformément à son mandat, le comité a veillé à ce que les mesures pertinentes soient mises en place à la suite des accidents afin d'en éviter la récurrence. Il s'est plus particulièrement penché sur les événements en lien avec les chutes et les erreurs de médicaments. À cet effet, il a été décidé qu'une analyse prospective sur le bilan comparatif des médicaments serait réalisée au cours de l'année 2018-2019. Aucune recommandation n'a été formulée au conseil d'administration.

### Comité d'éthique de la recherche

Relevant du conseil d'administration de l'établissement, le comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal 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.

Au cours de l'année 2017-2018, le CÉR a étudié 90 projets et évalué 601 demandes dans le cadre de suivis passifs. Vingt projets qui prévoyaient recruter des mineurs ou des majeurs inaptes ont été acceptés. Ceci constitue une légère hausse par rapport à l'année dernière.

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

- Première année de la mise en œuvre de la démarche d'optimisation demandée par le MSSS. Le conseil d'administration a adopté la dissolution du CÉR HSCM et du CÉR HRDP puis entériné la création du CÉR du CIUSSS NIM, lequel comporte le sous-comité sciences biomédicales et le sous-comité sciences sociales, santé mentale et santé publique;
- Contribution à la mise à jour des politiques et procédures pour encadrer les banques de données et de tissus de l'établissement à des fins de recherche;
- Élaboration, conjointement avec la Direction santé mentale et dépendance du CIUSSS NIM et la direction scientifique de la recherche en santé mentale enfants et adolescents, d'une procédure en cas de découvertes fortuites en santé mentale, à la suite de tests cliniquement valides, chez des enfants recrutés dans la communauté et participant à des projets de recherche. Une orientation de ces enfants vers les services appropriés sera faite par un médecin chercheur psychiatre.

### Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le CMDP du CIUSSS NIM compte 916 membres. Il chapeaute cinq comités obligatoires. Au cours de la période 2017-2018, il y a tenu quatre assemblées générales. Voici les principaux dossiers sur lesquels les comités ont travaillé :

#### Comité d'examen des titres

Composé de neuf membres en provenance des différentes installations du CIUSSS. Il a étudié cette année 66 dossiers de nouvelles candidatures.

#### Comité de pharmacologie

Étude cette année de plusieurs demandes d'ajouts de médicaments au formulaire thérapeutique, dont une vingtaine recommandés au comité exécutif du CMDP; révision complète de la médication inhalée afin que l'arsenal thérapeutique du CIUSSS reflète les changements survenus dans ce domaine; dépôt de deux revues de littérature ainsi que de plus de soixante outils de travail.

#### Comité des ordonnances et protocoles

Mandat de s'assurer que les différentes équipes médicales et les spécialités sont consultées à cet égard et que les outils de travail sont harmonisés à l'échelle du CIUSSS. Il a notamment étudié 68 outils de travail, parmi lesquels 67 ont été recommandés.

#### Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

Mandat d'étudier les cas de décès survenus dans le centre et ceux soumis à son attention, de surveiller les cas de décès en rapport avec l'application de la Loi des coroners ainsi que d'évaluer les conclusions émises à la suite d'études des départements et services du CIUSSS NIM. Au cours de l'année, il a adopté des modèles et procédures pour les études de létalités/morbidités et les études par critères explicites, étudié à cet égard environ une trentaine d'études par critères explicites, 71 rapports de létalités/morbidités et 26 procès-verbaux de différents services pour toutes les installations du CIUSSS NIM, puis émis des recommandations découlant des points soulevés en cours d'étude et nécessitant une amélioration.

#### Comité de discipline

Formé au besoin par le comité exécutif lorsqu'une plainte lui est acheminée par le médecin examinateur ou le comité de révision. Cette année, il s'est réuni à six reprises pour rédiger sept rapports transmis au conseil d'administration.

### Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) regroupe plus de 3600 infirmières, incluant les gestionnaires et infirmières auxiliaires. Au cours de l'exercice, le comité exécutif du CII (CECII) a été composé de 12 membres élus ou cooptés.

Tel que le prévoit la loi, un comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA est aussi en place et fonctionnel. De plus, un comité relève infirmières et infirmiers auxiliaires (CRIIA), très dynamique et engagé, reconnu comme étant un modèle au Québec, a contribué aux activités du CII et a poursuivi ses activités.

Enfin, le CII a aussi conjugué ses efforts avec le CM et le CMDP afin de mettre sur pied un comité interconseils favorisant la pratique collaborative et interdisciplinaire de ses membres. Fonctionnel et dynamique, ce comité compte parmi les premiers à voir le jour dans un CIUSSS au Québec. Des activités concrètes ont été réalisées telles que : conférence organisée conjointement avec le comité interdisciplinaire d'information aux usagers/familles, rédaction et diffusion d'un guide sur les abréviations à utiliser et rencontres statutaires pour échanger sur diverses dimensions interdisciplinaires ayant cours au CIUSSS NIM. Parmi les principales activités du CII, notons :

- Dans le cadre de la Semaine de la profession infirmière, organisation d'une conférence offerte par Mme Sylvie Dubois, directrice nationale des soins et services infirmiers du MSSS.
- Collaboration du CII au processus de vérification de l'exercice infirmier avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec au centre de santé de l'Établissement de détention de Rivières-des-Prairies ainsi qu'avec l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires au CHSLD des Bâtisseurs.
- Implication dans des comités stratégiques et cliniques du CIUSSS : gestion des risques, prévention des chutes, agrément.
- Contribution au plan d'action de la Direction des soins infirmiers (DSI) portant sur le droit de prescrire. À la fin du mois de mars, 176 infirmières avaient obtenu leur attestation à cet égard.
- Suivi et participation à un comité en périnatalité en lien avec l'implantation du Plan organisationnel de la Direction adjointe, Services de périnatalité, enfance et jeunesse.
- Participation active au sein du comité organisateur du Forum clinique mis sur pied par la direction du CIUSSS.

#### **Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)**

- Tenue de la Journée provinciale de l'infirmière et de l'infirmier auxiliaire, organisée en collaboration de l'OIIAQ.
- Suivis effectués notamment au sujet des chariots à médicaments, du rôle des infirmières et infirmiers auxiliaires en service externe au bloc opératoire et de leurs rôles en CHSLD.

#### **Comité de la relève infirmière et infirmière auxiliaire (CRIIA)**

- Obtention du prix *Relève régionale* de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval (ORIM/L) pour madame Catherine Legault.
- Rencontre de toutes les nouvelles cohortes d'externes, de candidats à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et d'infirmières et infirmiers.
- Concours : *Précepteurs et préceptrices en vedette* dans le cadre de la semaine des précepteurs et préceptrices pour valoriser le préceptorat.

- Tenue des activités *CEPI en herbe* visant la préparation des candidates à l'exercice de la profession infirmière à l'examen de l'OIIQ, offertes à l'ensemble du Québec; 155 participants y ont pris part.
- Participation aux activités de recrutement du CIUSSS en collaboration avec la DRHCAJ.
- Présentation effectuée lors d'un atelier offert au congrès de l'OIIQ, en collaboration avec le Comité jeunesse de l'ORIM/L.
- Proposition faite à l'Association des Conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ) pour offrir des conférences sur l'implantation de comités relèves dans les établissements du Québec, en collaboration avec le CII.
- Création d'un groupe privé de soutien pour les comités relèves du Québec sur Facebook.

#### **Conseil multidisciplinaire**

Le conseil multidisciplinaire (CM) compte dans ses rangs près de 2100 professionnels de plus de 35 titres d'emploi différents répartis sur l'ensemble des installations du CIUSSS NIM. Cette année encore, il a constitué un comité exécutif complet, soit 13 membres, avec une forte représentativité des professionnels de tout l'établissement. Au cours du récent exercice, le CM a principalement orienté ses travaux vers la promotion et la création de comités de pairs et interdisciplinaires. Le nombre de ces comités a doublé depuis l'an dernier, passant de 11 comparativement à cinq l'an dernier.

Parmi les réalisations du CM, mentionnons :

- Présentation aux directions et équipes cliniques terrains des règles de fonctionnement ainsi que du processus d'implantation des comités de pairs et interdisciplinaires.
- Initiation d'une démarche afin de devenir un comité sans papier ;
- Participation active au comité organisateur du Forum clinique mis sur pied par la direction du CIUSSS et visant à introduire la gestion par trajectoire de soins et services.
- Implication importante des membres dans de nombreux comités CIUSSS (gestion des risques, prévention des chutes, encadrement clinique, agrément).
- Réalisation d'un mode de scrutin électronique pour la tenue des élections des membres de l'exécutif.
- Collaboration étroite avec le service des communications pour mettre de l'avant les stratégies les plus adaptées pour s'adresser à ses membres.
- Collaboration importante avec le service des finances pour composer avec les défis causés par le passage au nouveau système de gestion des horaires et de la paie.
- Participation au comité de pilotage du plan d'action mis sur pied par Direction adjointe - Services de périnatalité, enfance et jeunesse.

# Faits saillants des activités en 2017-2018

## 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.

Elle assure l'arrimage des directions cliniques et administratives en présidant le comité de direction et la salle de pilotage stratégique.

De plus, elle soutient activement toutes les directions cliniques du CIUSSS afin d'améliorer leur performance, notamment par l'utilisation d'outils informatiques et d'équipements médicaux fiables, et par une gestion des espaces favorisant la collaboration entre les intervenants, au bénéfice des usagers.

Enfin, elle 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, principalement en instaurant une culture d'amélioration continue.

### Parmi les réalisations

#### Qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

La Direction a soutenu l'organisation pour mettre en place un système de gestion mieux adapté au contexte actuel d'amélioration continue. Plusieurs initiatives ont été menées au cours de l'année.

Nous avons poursuivi le développement de l'infocentre pour offrir à nos gestionnaires et cliniciens des rapports de gestion pertinents dans plusieurs secteurs d'activités, notamment les soins à domicile, les usagers hospitalisés en attente de places dans d'autres ressources, les divers guichets d'accès.

En parallèle à ce déploiement, nous avons formé nos leaders médicaux et notre équipe interne de champions sur les principes de l'amélioration continue basée sur l'approche Lean.

Enfin, nous avons créé l'unité d'évaluation des modes d'intervention en santé et services sociaux (UEMISSS) du CIUSSS. Cette unité sera un élément important dans l'évaluation de nos programmes de santé et services sociaux.

#### Gestion intégrée des risques

Nous avons révisé la politique de gestion intégrée des risques pour la rendre uniforme dans tout le CIUSSS. Pour assurer l'adoption de cette politique, un programme de formation a été élaboré pour les employés et gestionnaires.

Nous avons aussi implanté un nouveau processus de gestion des événements sentinelles au début de l'année, ce qui a permis d'améliorer significativement la qualité et le suivi des plans d'action visant à contrer ce type d'événement et ainsi réduire les conséquences éventuelles pour les usagers.

#### Éthique clinique

Nous avons rédigé un cadre d'éthique clinique afin de soutenir les cliniciens lorsqu'ils sont confrontés à des enjeux et dilemmes éthiques. Cette année, 33 demandes de consultation en éthique clinique ont été formulées, comparativement à 19 demandes l'année dernière, grâce à une meilleure connaissance du service chez les équipes cliniques.

#### Approche usager partenariaire

Le CIUSSS reconnaît l'importance du partenariat et de l'implication d'usagers partenaires afin d'améliorer la façon dont nous offrons les soins et services. Cette année, des formations ont été données sur les notions du partenariat et un comité d'implantation a été mis en place. Quelques usagers partenaires se sont joints à des comités, et nous avons créé une banque d'usagers. Le recrutement d'usagers partenaires se poursuivra au cours de la prochaine année.

#### Guichets d'accès aux services

Soucieux de l'accès de sa population aux services spécialisés, le CIUSSS a mis sur pied un guichet d'accès en santé physique, incluant l'imagerie, afin de permettre aux médecins qui n'ont pas accès au centre de répartition des demandes montréalais de transmettre directement au CIUSSS, vers un point d'accès unique, toute demande de service en cardiologie, pneumologie, échographie et endoscopie. Au cours de la dernière année, ce guichet a donné 12 070 rendez-vous et, dans 91 % des cas, selon les délais établis.

Afin d'améliorer l'accès aux services psychosociaux généraux, le CIUSSS a créé un guichet d'accès visant à développer une structure d'accessibilité aux services psychosociaux de 1<sup>re</sup> ligne pour la clientèle des groupes de médecins de famille (GMF) et des CLSC de notre territoire. Ce guichet permet une prise en charge de la clientèle sur notre territoire, selon la priorité clinique et le délai défini, de manière fluide et équitable.

#### Trajectoire de soins et services

Le CIUSSS souhaite améliorer significativement la fluidité lorsqu'un usager reçoit des soins et services nécessitant l'implication de plusieurs intervenants. À cette fin, nous avons organisé notre deuxième Forum clinique, lors duquel nous avons lancé le changement vers une gestion par trajectoire de soins de santé et services sociaux. Le déploiement du mode de gestion par trajectoire est l'une des meilleures pratiques reconnues mondialement pour arriver à cette fluidité. Nous y intégrerons les principes et outils de l'amélioration continue basée sur l'approche Lean pour améliorer la qualité et l'accessibilité. L'implantation de ce nouveau mode de gestion clinique a débuté pour la maladie pulmonaire obstructive chronique; d'autres conditions cliniques viendront s'ajouter bientôt.

#### Poursuite des activités du Centre d'information à la population

Le 18 avril 2016, le CIUSSS procédait à l'ouverture du Centre d'information à la population pour informer et mieux orienter la population de son territoire en regard des soins et des services disponibles. Ce service est ouvert cinq jours par semaine, du lundi au vendredi, de 7 h à 20 h.

Ayant la fonction d'un centre d'appels, le centre d'information répond quotidiennement à plus de 650 appels provenant d'utilisateurs à la recherche d'information sur les soins ou les services du CIUSSS et de ses partenaires.

## Systèmes d'information

Le CIUSSS a poursuivi en 2017-2018 ses efforts visant à installer une infrastructure informatique solide, fiable et sécuritaire. Afin d'améliorer le soutien offert aux utilisateurs, le CIUSSS a complété la création d'un centre de soutien informatique unique, accessible à l'ensemble des 14 000 utilisateurs. Avec le budget de maintien d'actifs de 710 000 \$, un total de 419 ordinateurs ont été remplacés par des modèles très récents.

Enfin, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le CIUSSS a poursuivi la coordination des travaux visant à déployer un système provincial d'identification des usagers (Index-patients organisationnel). Dans le cadre de ce projet, nous avons fusionné nos cinq anciens systèmes d'identification des usagers en un seul; il s'agit d'un prérequis pour pouvoir éventuellement suivre le cheminement de chaque usager au sein de tous les services du CIUSSS.

## Services techniques

### Construction et immobilisation

En août 2017, le MSSS confirmait le financement annuel des programmes ministériels en maintien d'actifs (actifs immobiliers, équipements médicaux, équipements non médicaux et mobiliers), ainsi qu'en rénovation fonctionnelle mineure. Au total, ce sont plus de 25 M \$ qui ont été investis. Parmi les projets, mentionnons les travaux majeurs suivants :

- Déplacement de la médecine nucléaire et implantation d'un appareil de tomographie couplé à la tomодensitométrie (TÉP – TDM). Les phases de conception ont débuté en mars 2018.
- Réaménagement et agrandissement du CHSLD Cartierville dont les travaux ont commencé le 9 janvier 2017 et devraient être réalisés 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. Ces travaux amorcés en juin 2016 devraient se terminer en 2020.

### Génie biomédical

Le CIUSSS a reçu un financement annuel du MSSS de 9 926 747 \$ en maintien d'actifs pour le remplacement d'équipements médicaux. Les projets associés à cet exercice se réaliseront au cours de l'année à venir. Durant l'exercice financier, 130 projets pris en charge par le Service de physique et génie biomédical ont mené à l'acquisition de 1 130 équipements médicaux, totalisant des investissements de l'ordre de 7,7 M\$.

De ceux-ci, 1,24 M\$ ont permis d'augmenter le parc d'équipements afin de mieux répondre aux besoins relatifs aux soins et services offerts à la clientèle.

## Hôtellerie

Avec un budget annuel d'environ 60 M\$ et plus de 1 000 employés, les services d'hôtellerie regroupent la buanderie-lingerie, l'hygiène-salubrité, la gestion des déchets biomédicaux et les services alimentaires.

### Buanderie-lingerie

- Grâce à l'augmentation de la capacité de nos deux buanderies, récemment mise à niveau, prise en charge du linge en provenance de six de nos CHSLD et de l'un de nos centres hospitaliers, lavé auparavant par un fournisseur externe.

### Hygiène-salubrité

- Soutien à la diminution du taux d'infections nosocomiales, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et le comité de prévention et contrôle des infections.
- Audits effectués en continu pour maintenir la qualité des services visés par l'établissement dans toutes ses installations.

### Alimentation

- Réalisation d'une entente avec l'Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec pour développer 40 recettes appréciées des communautés méditerranéennes, asiatiques et caribéennes, afin de tenir compte de la diversité culturelle dans nos installations.
- À la demande du MSSS, révision des menus et recettes offerts à l'ensemble des résidents des CHSLD du CIUSSS; nouveaux menus rendus disponibles dès avril 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

- Travaux au sein des urgences de l'Hôpital Fleury, de l'Hôpital Jean-Talon et de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal afin de poursuivre l'amélioration de la durée moyenne de séjour des usagers et la qualité des soins et services; amélioration notée dans nos trois urgences.
- Mise en place de la réorientation des clientèles vues dans nos urgences et identifiées comme des priorités 4 et 5 au triage, permettant une réorientation de plus de 14 000 cas par année, ce qui a un impact très positif pour la clientèle, comme d'éviter le départ d'un usager avant sa prise en charge et les délais de prise en charge médicale dans le secteur ambulatoire.
- Mise en place d'un guichet d'accès pour investigation ambulatoire afin de diminuer l'achalandage dans les urgences et les unités de soins. La prise en charge par les médecins spécialistes et les investigations pouvant ainsi se faire en ambulatoire, chez les usagers ciblés.
- Poursuite des travaux préparatoires à la numérisation des dossiers médicaux de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, à débiter en avril 2018.
- Révision des processus et de l'optimisation des plateaux techniques en imagerie médicale, avec pour effet l'augmentation significative de l'accès et la diminution majeure des listes d'attente pour les examens en imagerie médicale, dans les trois installations hospitalières du CIUSSS NIM.
- Révision de l'offre de services en hématologie-oncologie ayant mené au transfert et à l'accompagnement de la clientèle en provenance de St-Eustache vers le CIUSSS de cette région, étant donné l'ouverture d'une clinique de chimiothérapie dans ce centre. Ce transfert permet une offre de services bénéfique tant pour les usagers de notre CIUSSS, qui se voient offrir un meilleur accès sur notre territoire, que pour ceux de la région des Basses-Laurentides, pouvant maintenant recevoir des services à proximité de leur domicile.
- Implantation d'un nouveau modèle de soins interdisciplinaires à la clinique externe d'orthopédie de l'Hôpital Jean-Talon, permettant l'amélioration de l'accès aux soins et aux services dans ce domaine, une meilleure structure de la trajectoire de la clientèle et une diminution des délais d'attente pour les rendez-vous.
- Réalisation à l'Hôpital Jean-Talon de chirurgies de la hanche et du genou permettant un retour à domicile le jour même de l'intervention, grâce à un suivi clinique rapide et régulier en postopératoire par l'équipe multidisciplinaire.
- Implantation du guichet d'accès en endoscopie et intégration de la référence directe des médecins de famille en coloscopie, permettant une augmentation de l'accessibilité aux examens pour les usagers, le respect des priorités cliniques et une diminution marquée de la liste d'attente; initiative qui a remporté le prix de la catégorie Organisation des services 2017, remis par la Direction générale de cancérologie du MSSS.

- Admission et surveillance directement à l'Unité d'AVC de la clientèle thrombolisée, à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC), grâce au déploiement de la télémétrie et à la formation des infirmières.

## Programmes sociaux et de réadaptation

La Direction générale adjointe des Programmes sociaux et de réadaptation chapeaute trois directions: la Direction des programmes de 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 et des super-cliniques (GMF et GMF-Réseau), au développement d'une offre de services pour l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies ainsi qu'à la réorganisation de l'offre de services en santé mentale au sein de nos diverses installations afin de définir leur spécialité. Elle a aussi déployé un plan d'action visant à éliminer les délais d'attente pour les usagers n'ayant plus besoin de soins en milieu hospitalier ou à éviter l'hospitalisation de personnes âgées pouvant recevoir leurs services dans un autre milieu. Elle a enfin poursuivi la gestion du projet de rénovation du CHSLD de Cartierville.

## Parmi les réalisations

### Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

#### Volet des soins et services à domicile, ressources non institutionnelles et soins palliatifs

- Développement en cours de 141 places en ressources intermédiaires sur le territoire afin de desservir la clientèle.
- À la suite des engagements pris par les PDG des établissements du réseau lors du Forum sur les meilleures pratiques en soins à domicile, implantation de ces pratiques en soutien à domicile afin d'améliorer l'organisation des soins et services aux aînés à la maison.
- Déploiement d'un projet d'amélioration continue avec les intervenants visant la prise en charge et l'évaluation de la clientèle de soutien à domicile en temps opportun.
- Poursuite d'un vaste plan de formation pour les intervenants en soins palliatifs et soins de fin de vie.
- Mise en place des composantes du plan Alzheimer visant la clientèle atteinte de cette maladie, notamment la formation des infirmières du soutien à domicile.
- Travaux en vue de développer le réseau de services intégrés aux personnes âgées sur notre territoire, en collaboration avec les partenaires du réseau de la santé, soit les résidences privées pour aînés, les entreprises d'économie sociale en aide à domicile et les organismes de répit et soutien aux aînés.

- Réduction du pourcentage de clients en attente de niveaux de soins alternatifs au sein des hôpitaux du CIUSSS.
- Implantation d'un processus de planification précoce et conjointe des congés au sein des hôpitaux de l'établissement, en collaboration avec des partenaires internes et ceux de la région de Montréal.
- Mise en place d'initiatives pour contrer l'abus et la maltraitance envers les aînés, incluant une gamme d'outils promotionnels déployés dans nos installations, en lien avec le Plan d'action gouvernemental 2017-2022 élaboré à cet égard.

## Volet hébergement

- 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.
- Rehaussement des pratiques cliniques et de la qualité des soins infirmiers en CHSLD.
- Mise en œuvre des plans d'amélioration entamés à la suite des visites ministérielles en CHSLD.
- Rehaussement de la présence de préposés aux bénéficiaires et de personnel de soins infirmiers afin de renforcer les services, dont l'offre d'un second bain aux résidents.
- Déploiement du projet national portant sur l'usage approprié des antipsychotiques en CHSLD.
- Déploiement d'outils favorisant la gestion optimale des résidents aux prises avec des symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence.
- Déploiement du programme d'accueil et d'intégration du nouveau résident en CHSLD.
- Intégration du rôle de préposé aux bénéficiaires moniteurs dans tous nos CHSLD.
- Poursuite du déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée dans nos trois hôpitaux, afin de promouvoir un milieu hospitalier accueillant, bienveillant et sensible aux besoins de nos personnes âgées hospitalisées.

## Santé mentale et dépendance

### Volet jeunesse

- Soutien au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec pour offrir aux enfants et aux adolescents en provenance de la région de la Mauricie des soins hospitaliers en pédopsychiatrie à l'Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies.
- Élaboration du *Projet Z – Programme de thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG) chez les enfants* ainsi que des fiches pour les parents.
- Élaboration d'un guide s'adressant aux parents : *Rencontre avec l'autisme : pour comprendre et agir*.

- Réorganisation de nos services ambulatoires en santé mentale offerts aux jeunes à Montréal, selon les territoires desservis par chaque CIUSSS (Est, Centre, Ouest) afin d'en faciliter l'accès, tant sur le plan géographique qu'en matière de délais.

### Volet adulte

- Rehaussement du nombre de professionnels au sein des équipes de Suivi d'intensité variable (SIV) : 108 nouvelles places développées.
- Transfert vers le CISSS de Laval des services et des ressources externes de psychiatrie de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP), destinés aux usagers de l'ouest de Laval.
- Ouverture d'une ressource d'hébergement transitoire en santé mentale de 20 lits pour les usagers n'ayant plus besoin de soins actifs, en provenance des hôpitaux de santé mentale de Montréal.
- Ajout de 10 lits d'hébergement transitoire de santé mentale pour les usagers n'ayant plus besoin de soins actifs au sein de notre CIUSSS.
- Dans le cadre du plan national Alzheimer, implantation d'une équipe de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), avec participation de la gérontopsychiatrie, visant ainsi le soutien des médecins et professionnels en première ligne pour le dépistage et les services à mettre en place.
- Ouverture de l'accès, pour la population d'Ahuntsic–Montréal-Nord et de La Petite-Patrie–Villeray, aux services spécialisés ainsi qu'aux cliniques externes de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, cliniques auparavant réservées aux clientèles du Nord de l'Île-Saint-Laurent (NISL) et de Laval.
- Soutien clinique offert aux partenaires internes et externes et homologation des trois équipes offrant des services d'intensité variable.

## Services intégrés de première ligne

### Services sociaux généraux

- Mise en place d'un guichet d'accès centralisé pour la réception et le traitement des demandes psychosociales ; 3 300 demandes reçues et traitées par l'équipe depuis le début de ce guichet, favorisant un accès accru à nos services dans ce domaine.
- Déploiement de neuf travailleurs sociaux en provenance des services sociaux généraux dans les différents GMF du territoire afin de travailler en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire de ces cliniques.

### Centres de prélèvement

- Optimisation de l'offre de service des centres de prélèvement en CLSC : les heures d'ouverture dans nos centres de prélèvements ont été harmonisées selon un horaire d'ouverture de 7 h à 11 h. De plus, nous offrons maintenant les prélèvements pour les enfants à partir de l'âge de deux ans. Enfin, pour ce qui est du délai d'attente, le prélèvement se fait généralement à l'intérieur de 60 minutes d'attente, dans l'ensemble de nos CLSC offrant ce service.

- Mise en place de centres de prélèvement standardisés et entièrement équipés pour les prélèvements urgents et semi-urgents dans les GMF réseaux (GMF-R) du territoire.

## Équipe GMF

- Ajout d'un 15<sup>e</sup> GMF et d'un 6<sup>e</sup> GMF-R cette année.
- Projet Alzheimer: implantation dans les 15 GMF du territoire.
- Services de santé offerts au sein de GMF ciblés à des réfugiés en situations vulnérables.
- Réorientation des usagers en provenance des urgences des centres hospitaliers de notre établissement présentant des pathologies ciblées ou évaluées de priorité 5 vers les cliniques réseaux et GMF du territoire; depuis le début du projet, soit en juin 2015, jusqu'à la fin mars 2017, le nombre d'usagers réorientés est de 14 349 personnes.

## Programme de maladies chroniques

- Développement d'une offre de soins et de services continue en nutrition clinique pour cette clientèle.
- Développement d'une offre de services continue de réadaptation pour les personnes souffrant de maladies cardiaques et pulmonaires, soutenue par des travaux de recherche.
- Organisation de la prise en charge de la clientèle ayant besoin de chirurgie bariatrique, tout au long de son continuum de soins.

## Comité régional consultatif en santé respiratoire

- Révision du programme régional de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) par la mise en place de groupes de travail constitués de représentants des CIUSSS et des établissements non fusionnés montréalais.

## Périnatalité, enfance et continuum en réadaptation

- Mise en place d'un guichet centralisé pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) et une déficience physique, autant pour les demandes en première ligne que les demandes en deuxième ligne afin de faciliter l'accès à ces services;
- Entente de collaboration avec les organismes communautaires afin de faciliter la référence de clientèle vers nos programmes s'adressant à la petite enfance, à la jeunesse et à la population nécessitant des services de réadaptation.

## Enseignement

D'année en année, le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal contribue à la formation de milliers d'étudiants provenant de plusieurs maisons d'enseignement, dans différents domaines d'expertise tant de niveaux universitaire, collégial que secondaire.

### Parmi les réalisations

#### Stages et activités d'enseignement

Cette année, plus de 850 superviseurs de stage et médecins dans 66 disciplines différentes ont accompagné plus de 7043 stagiaires dans nos installations, ce qui signifie que près de 550 stagiaires sont présents dans l'ensemble de nos installations quotidiennement.

Afin de maintenir la qualité d'enseignement et d'encadrement de nos futurs employés par nos superviseurs, des critères ont été déterminés pour devenir un milieu Formateur de choix. Ces critères sont les suivants:

- Faire connaître la mission d'enseignement et les orientations auprès de tous les publics cibles;
- Offrir une capacité d'accueil optimale;
- Mettre en place des mécanismes de soutien et de reconnaissance de la fonction de superviseur;
- Mettre en œuvre des mécanismes d'accueil, d'intégration et de fidélisation des stagiaires;
- Favoriser et développer des activités d'enseignement interdisciplinaire novatrices;
- Développer et entretenir des liens dynamiques avec les partenaires d'enseignement universitaires, collégiaux et secondaires.

#### Centre de simulation

Un autre volet important lié à l'enseignement est la simulation. Des activités d'apprentissage sécuritaires pour les usagers ont été mises en place sous la supervision de médecins et de professionnels qualifiés en la matière. En effet, 1 343 médecins, résidents, professionnels et stagiaires ont participé à 115 formations par simulation en laboratoire ou in situ.

## Recherche

Les activités de recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal 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 du CIUSSS NIM, c'est plus de 800 personnes qui consacrent en partie ou en totalité leur temps professionnel à la recherche. De ce nombre, 237 sont des chercheurs autonomes et associés (70 sont enregistrés comme chercheur régulier au Fonds de recherche du Québec [FRQ] pour notre CIUSSS). À ce nombre,

s'ajoute une cinquantaine de chercheurs qui collaborent avec l'équipe du Centre InterActions. Le CIUSSS a accueilli cette année plus de 375 étudiants à la maîtrise, au doctorat, en surspécialisation et en stage postdoctoral. Il a bénéficié d'un financement qui s'élève à plus de 11 M\$ dont 1 M\$ provenant de fondations.

En octobre 2017, le centre de recherche a soumis à la Direction de l'établissement et au Fonds de recherche du Québec, volets santé (FRQS) et société culture (FRQSC), le projet de créer le *Centre intersectoriel de la recherche du CIUSSS du NIM*. Une rencontre avec le FRQS et le FRQSC a eu lieu en février 2018 afin de présenter cette vision d'un centre intégré de recherche socio-psycho-techno-biomédicale, dans un modèle intersectoriel. De plus, le centre a demandé le feu vert pour soumettre une seule requête de subvention unifiant l'ensemble de ses activités sous un programme innovateur, qui contribuera également à consolider ses forces traditionnelles : trauma, maladies du sommeil et prévention-gestion des maladies chroniques.

## Parmi les réalisations

### Nominations au sein de la direction de la recherche

- Dr Gilles Lavigne, directeur intérimaire de la recherche au CIUSSS du NIM.
- Dr François Madore, directeur du Département de médecine à l'Université de Montréal.
- Lourdes Rodrigues Del Barrio, directrice du Centre de recherche Interaction.
- Aimé Robert LeBlanc, directeur adjoint de la recherche en santé physique.
- Louis De Beaumont et Dr Francis Bernard, respectivement chef et chef adjoint de l'axe de traumatologie.
- Guy Rousseau et Grégory Moullec, respectivement chef et chef adjoint de l'axe des maladies chroniques. Guy Rousseau a également été nommé vice-président de la Société québécoise d'hypertension artérielle.
- Marie Dumont et Valérie Mongrain, respectivement chef et chef adjointe de l'axe neurophysiologie.
- Nadia Gosselin, directrice scientifique du Centre d'études avancées en médecine du sommeil (CEAMS).
- Julie Carrier, vice-rectrice associée à la recherche et aux études de l'Université de Montréal.
- Véronique Pépin, présidente de l'Association canadienne des professionnels en santé respiratoire.
- Dre Catherine Lemièrre, présidente de l'Association canadienne de thoracologie.
- Karine Dubois-Comtois, directrice du Groupe de recherche et d'intervention auprès des enfants vulnérables et négligés (GRIN).

## Projets d'infrastructure

- Nous avons ouvert une nouvelle animalerie, offrant aux chercheurs fondamentalistes une infrastructure de haut niveau, mise aux normes en vigueur en recherche animale. Ce projet a été financé par le Programme de soutien à la Recherche; volet 2 (PSRV2) du ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation (MESI) et de la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal.

## Chaires de recherche et réseaux

- Le CÉAMS, Centre de recherche avancé en médecine du sommeil, a fêté ses 40 ans à l'automne.

## Prix et distinctions

- Dr Jacques Montplaisir : Prix de l'Ordre national du Québec.
- Julie Carrier et Dr Gilles Lavigne : nommés membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé.
- Kim Lavoie : mise en nomination au Collège de nouveaux chercheurs et créateurs en arts et en science de la Société royale du Canada.
- Yvan Petit : Prix d'excellence en recherche du conseil d'administration de l'École de technologie supérieure.
- Catherine Duclos : boursière Banting, doctorat en sciences biomédicales, option sciences psychiatriques.
- Christophe Moderie : boursier FRQS, maîtrise en sciences biomédicales, option sciences psychiatriques.
- Andrée-Ann Baril : *Outstanding Scientific Award* de la Canadian Sleep and Circadian Network (prix de 15 000 \$)
- Alexia Ostrolenk : Prix chercheur étoile FRQS pour l'article *Hyperlexia : systematic review, neurocognitive modeling, and outcome*, Neuroscience and Biobehavioral review.

## Bourse de carrière et de formation

Plusieurs bourses et subventions prestigieuses ont été obtenues par nos chercheurs et étudiants dont :

- Nadia Gosselin, bourse salariale junior 2 du FRQ-Santé et subvention de la Fondation des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) de 1,23 M\$ pour le projet : *Targeting sleep to optimize brain recovery and slow neurodegeneration* visant l'étude des interactions entre sommeil et récupération cognitive/neuronale après un TCC (traumatisme crânien léger); subvention du Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie-FRQ-Santé Volet 1 avec le projet : *Facteurs de risque de présenter une fatigue persistante et invalidante à la suite d'un traumatisme craniocérébral modéré à sévère*.
- Julie Carrier, subvention de recherche dans le programme Projet des IRSC : *Quantitative electroencephalography in rapid-eye-movement (REM) sleep : an early marker of cholinergic neurodegeneration in mild cognitive impairment*.

- Lucie Blais, subvention de la Fondation canadienne pour l'innovation et subvention des IRSC, en collaboration avec Dre Catherine Lemière: *Impact of delayed asthma diagnosis during pregnancy on perinatal outcomes.*
- Andréane Richard-Denis, subvention du Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie-FRQ-Santé Volet 1: *Importance de la phase de réadaptation aiguë dans la récupération fonctionnelle après une lésion traumatique de la moelle épinière.*
- Kim Lavoie, bourse de carrière sénior du FRQ-Santé.
- Kim Lavoie et Simon Bacon, financement du programme de recherche en bariatrie, REBORN, par les IRSC, en collaboration avec des chirurgiens affiliés à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.
- Louis De Beaumont, obtention du titre de chercheur-boursier Junior 2 du FRQ-Santé et subvention du Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie-FRQS Volet 1, avec le projet: *Intervention par stimulation non invasive du cerveau afin de réduire la douleur, les atteintes fonctionnelles, l'utilisation de médicaments contre la douleur, et le délai du retour au travail des patients ayant subi une blessure orthopédique concomitante à un traumatisme crâniocérébral léger.*
- Marc Ghannoum, nouvellement recruté au CIUSSS NIM, obtention d'une bourse salariale au programme de chercheur-clinicien boursier Junior 1 du FRQ-Santé.
- Karine Dubois-Comtois, subvention du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada – Savoir à titre de chercheur principal; subvention FRQ-Santé - Groupe de recherche en partenariat à titre de cochercheur principal.
- Andrée-Ann Baril et Pierre Olivier Gaudreault, bourses de formation étudiante des IRSC.

## Transfert des connaissances

- Kim Lavoie et Simon Bacon: organisation du deuxième congrès international *Behavioural Trials Network (IBTN)*.
- Marie Dumont: obtention d'une subvention de mobilisation des connaissances pour la création de: *Ressource en ligne pour les travailleurs de nuit: questions, réponses et stratégies d'adaptation.*
- Centre InterActions:
  - plus de 120 publications scientifiques et vulgarisées, de nombreuses contributions à des colloques et autres activités de partage des savoirs, dont trois carnets synthèse, cinq infolettres InterActions, 23 infolettres ARIMA et huit conférences de vulgarisation Midis InterActions,
  - première édition de la Foire de la recherche sociale dans le cadre de la première Semaine de la recherche du CIUSSS NIM,
  - nouvel outil pour accompagner la mise en œuvre des pratiques de collaboration.

## Valorisation

- Homologation comme produit commercial approuvé par Santé Canada et la Food and Drug Administration d'une plaque de fixation des fractures du grand trochanter (*Y3 Proximal Femoral Plate System*), innovation brevetée aux États-Unis et au Canada et commercialisée par Amorchem Holding (projet d'Yvan Petit et du Dr Georges Yves Laflamme).
- Dépôt d'une demande de brevet international pour la protection de la propriété intellectuelle sur une nouvelle technologie de production automatisée de barbotine saline stérile, commercialisée par la société Menodys (projet du Dr Pierre Marsolais).
- Entente avec la société Logibec, pour la commercialisation du système de réorientation des usagers des urgences évalués comme étant de priorité 4 ou 5 vers des cliniques locales partenaires afin d'y recevoir des soins (projet du Dr Alexandre Messier).
- Projet de cathéter cardiaque développé avec un partenaire industriel, Agile MV (projet de Thomas Charron, Guy Rousseau et Aimé-Robert LeBlanc):
  - brevet obtenu aux États-Unis protégeant la commercialisation de l'instrument et d'une méthode de perfusion cardiaque (*Method and device for infusion of pharmacological agents and thrombus aspiration in artery*); brevets européen et canadien en attente;
  - subvention du ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation pour permettre une première chez l'humain au moyen de cet instrument; il s'agit d'une preuve de concept en vue d'une étude clinique multicentrique plus étendue: *Contrer les dommages de reperfusion du cœur.*

# Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal: atteinte des engagements annuels 2017-2018

## Résultats au regard des engagements 2017-2018

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL 2017-2018	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT ANNUEL 2018-2019	COMMENTAIRES (FACTEURS QUI EXPLIQUENT LA NON-ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT ET LES MESURES CORRECTRICES MISES EN PLACE)
<b>Santé publique – Infections nosocomiales</b>				
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70	57,7	75	Par rapport à l'année 2016-2017, on note une amélioration de 10 % du taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les installations du CIUSSS. Les travaux se poursuivent en vue d'atteindre la cible de 75 % pour l'année 2018-2019
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	100	Engagement atteint.
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)	95	100	100	Engagement atteint.
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	100	Engagement atteint.
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	Retrait de cet indicateur par le MSSS en 2018-2019	Engagement atteint.
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>				
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	100	100	100	Engagement atteint.
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	66,6	Engagement atteint.
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	66,7	100	100	Engagement atteint.
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	85	87,2	88	Engagement atteint.

### 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 2017-2018

### Résultats au regard des engagements 2017-2018

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL 2017-2018	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT ANNUEL 2018-2019	COMMENTAIRES (FACTEURS QUI EXPLIQUENT LA NON-ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT ET LES MESURES CORRECTRICES MISES EN PLACE)
<b>Soutien à domicile de longue durée</b>				
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	847 825	1 068 241	910 400	Engagement atteint.
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))	8344	8129	8344	Malgré une augmentation de 10,6 % du nombre de personnes desservies, l'engagement n'est pas atteint. Les efforts se poursuivront afin d'atteindre l'engagement 2018-2019.
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Déficience intellectuelle (DI) et Trouble du spectre de l'autisme (TSA))	90	81,6	90	Malgré une augmentation de 10 %, l'engagement fixé à 90 % n'est pas atteint. De nombreuses mesures d'amélioration, dont le remplacement des formulaires d'évaluation par un formulaire de référence unique, sont en implantation pour 2018-2019 afin de répondre à cet engagement.
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	789 347	987 311	847 540	Engagement atteint.
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	5284	5274	5284	Avec une augmentation de 22,5 % du nombre de personnes desservies par rapport à l'an dernier, l'engagement fixé à 5284 est quasi atteint. L'embauche de nouveau personnel, les rapports de suivi et le repérage dans la communauté permettront d'atteindre l'engagement 2018-2019.
<b>Déficiences</b>				
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	80,9	90	Cet indicateur fera l'objet d'un suivi dans la salle de pilotage tactique de la direction concernée.
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	78	90	Le recrutement de personnel qualifié a été difficile tout au long de l'année. Nous poursuivons nos démarches de recrutement.
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	75	58,3	75	Nous nous sommes engagés à être présents dans les rencontres de transition de l'école vers la vie active (TÉVA) initiées par le scolaire, ce qui permettra d'arrimer les services des jeunes qui ne sont pas connus dans le réseau de la santé et des services sociaux. Une ressource y sera dédiée à compter de mai 2018.
<b>Dépendance</b>				
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de services de détection et d'intervention précoce en dépendance	80	95,2	80	Engagement atteint.

# Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2017-2018

## Résultats au regard des engagements 2017-2018

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL 2017-2018	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT ANNUEL 2018-2019	COMMENTAIRES (FACTEURS QUI EXPLIQUENT LA NON-ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT ET LES MESURES CORRECTRICES MISES EN PLACE)
<b>Santé mentale</b>				
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	378	378	414	Engagement atteint.
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	225	234	247	Engagement atteint.
<b>Santé physique - Urgence</b>				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12	15,86	12	La période de grippe ayant été très difficile cette année, nous avons vu une légère augmentation de notre durée moyenne de séjour. Celle-ci demeure quand même en amélioration depuis quelques années, et nous poursuivrons l'application de mesures d'amélioration continue.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	70	61,3	70	Amélioration continue au cours des trois dernières années. La réorientation des usagers évalués en priorité 4 ou 5 au triage continue de donner d'excellents résultats avec plus de 1000 usagers réorientés par période. D'autres mesures d'amélioration de nos processus seront réalisées en 2018-2019.
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	70	48,3	70	Plusieurs mesures se poursuivront en 2018-2019 pour améliorer cet indicateur, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place des ordonnances collectives.</li> <li>Réorganisation et réallocation des ressources dans le secteur ambulatoire de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal fait à l'automne 2017.</li> <li>Révision du rôle et des tâches des ressources dédiées aux secteurs ambulatoires et du triage jusqu'à l'admission aux unités de soins.</li> </ul>
<b>Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie</b>				
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	786	744	800	L'engagement 2017-2018 n'est pas atteint en raison de la difficulté de repérage de la clientèle en soins palliatifs. Afin d'atteindre l'engagement 2018-2019, il y aura formation des intervenants en soutien à domicile concernant les critères permettant de passer d'un suivi d'une maladie chronique à un suivi de soins palliatifs.
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	56	56	56	Engagement atteint.
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	14	14,5	15	Engagement atteint.
<b>Santé physique - Services de première ligne</b>				
1.09.25-PS Nombre total de GMF	13	14	16	Engagement atteint.
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	85	64,16	85	On constate une augmentation de 6,7 % des inscriptions pour l'ensemble des réseaux locaux de services du CIUSSS entre le 30 avril 2016 et le 3 février 2018, ce qui signifie 24 493 personnes de plus inscrites auprès de médecins de famille. L'arrivée de nouveaux médecins au plan régional d'effectifs médicaux (PREM), soit 28 pour tout le territoire du CIUSSS, devrait aider à la progression du nombre d'inscriptions.
1.09.48-PS Nombre de groupes de médecine de famille réseaux (GMF-R ou super-clinique)	6	6	6	Engagement atteint.

## Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal: atteinte des engagements annuels 2017-2018

### Résultats au regard des engagements 2017-2018

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL 2017-2018	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT ANNUEL 2018-2019	COMMENTAIRES (FACTEURS QUI EXPLIQUENT LA NON-ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT ET LES MESURES CORRECTRICES MISES EN PLACE)
<b>Santé physique - Chirurgie</b>				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	370	0	La presque totalité des demandes de plus d'un an concerne la clientèle de chirurgie bariatrique, qui provient de plusieurs régions du Québec. Des priorités opératoires seront aussi ajoutées en 2018-2019.
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90	58,6	90	Des priorités opératoires seront ajoutées dans certains services. D'autres mesures seront identifiées en 2018-2019 pour améliorer significativement cet indicateur.
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	88,1	100	Des priorités opératoires seront ajoutées dans certains services. D'autres mesures seront identifiées en 2018-2019 pour améliorer significativement cet indicateur.
<b>Santé physique – Imagerie médicale</b>				
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	S/O	100	S/O
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	100	100	100	Engagement atteint.
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	100	100	100	Engagement atteint
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	99,4	100	Engagement atteint.
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	100	82,8	100	Le départ d'un radiologue a fait baisser l'indicateur. Des corridors de services seront établis pour diminuer l'attente.
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	100	100	100	Engagement atteint.
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	100	95,2	100	L'engagement est presque atteint, puisque seuls 21 cas sont en attente depuis plus de trois mois.
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	100	99,8	100	Engagement presque atteint.
<b>Ressources matérielles</b>				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	Engagement atteint.

## Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2017-2018

### Résultats au regard des engagements 2017-2018

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL 2017-2018	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT ANNUEL 2018-2019	COMMENTAIRES (FACTEURS QUI EXPLIQUENT LA NON-ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT ET LES MESURES CORRECTRICES MISES EN PLACE)
<b>Ressources humaines</b>				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance-salaire	4,9	5,83	4,9	Les travaux se poursuivront avec les directions où les hausses d'assurance-salaire sont les plus fortes et l'accent sera mis sur les prompts retours au travail.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,2	5,43	4,2	La pénurie importante de nouvelle main-d'œuvre demeure un enjeu important, ce qui force à recourir au temps supplémentaire, malgré nous. Les efforts se poursuivront pour recruter du personnel additionnel.
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	4,8	5,85	4,6	La pénurie importante de nouvelle main-d'œuvre demeure un enjeu important, ce qui force à recourir à la main-d'œuvre indépendante. Les efforts se poursuivront pour recruter du personnel additionnel.
<b>Multiprogrammes</b>				
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	73	64,6	75	Malgré l'amélioration de l'indicateur, l'engagement n'est pas atteint. D'autres mesures d'amélioration seront mises en place.

# Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2017-2018

## Résultats au regard des attentes significatives 2017-2018

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES (RAISONS DE LA NON-RÉALISATION DE L'ATTENTE ET MESURES ENTREPRISES POUR ASSURER LA RÉALISATION)
<b>Santé publique</b>			
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	<p>Contexte : La présence d'un comité est l'une des composantes essentielles à l'implantation et au bon fonctionnement d'un programme de PCIN. C'est la raison pour laquelle elle fait l'objet d'une reddition de comptes dans chaque établissement.</p> <p>Description : Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document <i>Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec</i>, Santé et Services sociaux, Québec 2006.</p>	R	Attente réalisée.
<b>Services sociaux</b>			
Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	<p>Contexte : Le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 inclut une action concernant l'élaboration d'un protocole d'intervention en matière d'itinérance et l'implantation de celui-ci dans les établissements et les organismes ciblés, et de manière arrimée avec les GMF.</p> <p>Description : L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.</p>	R	Attente réalisée.
Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	<p>Contexte : La bonification des composantes des PIN est un prérequis à l'atteinte de l'objectif du Plan stratégique du MSSS 2015-2020 à l'effet de diminuer le taux de jeunes pris en charge pour un motif de négligence.</p> <p>Description : Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'usagers ayant participé au programme.</p>	R	Attente réalisée.
Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	<p>Contexte : Poursuivre l'évaluation à jour des usagers hébergés dans les lits d'hébergement permanent de CHSLD publics et l'élaboration d'un plan d'intervention convenu avec la personne et les proches.</p> <p>Description : L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.</p>	R	Attente réalisée.
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	<p>Contexte : Le <i>Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)</i> constitue un 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.</p> <p>Description : L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.</p>	R	Attente réalisée.
Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<p>Contexte : Le <i>Plan d'action sur le TSA</i> sera publié à l'hiver 2017 et identifiera les grandes priorités qui guideront le réseau dans les actions à poser afin de mieux soutenir les personnes ayant un TSA et leur famille.</p> <p>Description : À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.</p>	R	Attente réalisée.

Légende : R = Réalisée à 100 % N/R = Non réalisée à 100 % S/O = Sans objet

# Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2017-2018

## Résultats au regard des attentes significées 2017-2018

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES (RAISONS DE LA NON-RÉALISATION DE L'ATTENTE ET MESURES ENTREPRISES POUR ASSURER LA RÉALISATION)
Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	<p>Contexte : Des délais d'attente maximaux ont été établis pour les usagers NSA en lit de courte durée en centre hospitalier. La fluidité de la trajectoire des usagers est influencée par des facteurs en amont, en intrahospitalier et en aval du centre hospitalier.</p> <p>Description : Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intrahospitalier et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés. Exceptionnellement, le gabarit Excel faisant état des résultats pour le respect des délais d'attente doit être transmis par courriel à madame Améline Bourque à l'adresse de courriel suivante : « ameline.bourque@msss.gouv.qc.ca » en ajoutant l'adresse : « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » en copie conforme.</p>	R	Attente réalisée.
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	<p>Contexte : L'investissement de 36 M \$ vise à bonifier la qualité des soins d'hygiène en optimisant l'organisation du travail et à offrir un deuxième bain ou douche, en plus du soin quotidien, aux résidents qui le désirent et dont les conditions particulières le permettent.</p> <p>Description : L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.</p>	R	Attente réalisée.
<b>Services de santé et médecine universitaire</b>			
Organisation et harmonisation des soins et des services en santé mentale à Montréal	<p>Contexte : Le MSSS a mandaté l'équipe de soutien à la transformation des services de Montréal pour soutenir les travaux de réorganisation des services en santé mentale. Des chantiers sont en cours dans tous les établissements.</p> <p>Description : Collaborer activement aux travaux régionaux portant sur l'organisation et l'harmonisation des soins et des services en santé mentale et en psychiatrie légale à Montréal. À ce titre, mettre en place les actions locales et régionales définies dans les travaux ministériels, réaliser le suivi et la reddition de comptes prévus au regard de ces actions et atteindre les objectifs fixés selon les échéanciers établis.</p>	R	Attente réalisée.
État d'avancement de l'implantation du plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	<p>Contexte : L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en gestion de la douleur chronique sur son territoire, soutenu par le centre d'expertise auquel il est associé.</p> <p>Description : Autoévaluation sur l'état d'implantation du plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.</p>	R	Attente réalisée.
État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	<p>Contexte : Le MSSS a procédé, en 2016, au déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles pour la prise en charge et au suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs et souhaite un état d'avancement.</p> <p>Description : Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au plan d'action déposé au 1<sup>er</sup> juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS/CIUSSS devra être produit.</p>	R	Attente réalisée.
État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	<p>Contexte : L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en AVC sur son territoire. Un plan d'action national vient d'être produit. Il comprend les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum, assorties de moyens et d'indicateurs.</p> <p>Description : Autoévaluation sur le plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être notées.</p>	R	Attente réalisée.

## Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2017-2018

### Résultats au regard des attentes significées 2017-2018

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES (RAISONS DE LA NON-RÉALISATION DE L'ATTENTE ET MESURES ENTREPRISES POUR ASSURER LA RÉALISATION)
État d'avancement de l'implantation du plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	<p>Contexte : L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en maladie rénale sur son territoire. Il comprend les pratiques optimales pour les phases du continuum, assorties de moyens et d'indicateurs.</p> <p>Description : Autoévaluation sur l'état d'implantation du plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être notées.</p>	R	Attente réalisée.
Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	<p>Contexte : Les investissements de 25 M\$ pour déployer l'offre de services dans la communauté pour les personnes présentant des troubles mentaux graves exigent un suivi, puisque le maintien du financement octroyé aux établissements est conditionnel à la livraison des services prévus.</p> <p>Description : Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.</p>	R	Attente réalisée.
<b>Financement, infrastructures et budget</b>			
Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	<p>Contexte : En vertu de la <i>Loi visant à permettre la réalisation d'infrastructures par la Caisse de dépôt et placement du Québec</i> (LQ 2015, chapitre 17), le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) doit s'assurer de l'évaluation fiable et objective de l'état des infrastructures publiques, dont le parc immobilier d'ici 2020.</p> <p>Description : L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+Réseau.</p>	R	Attente réalisée.
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	<p>Contexte : Le Gouvernement du Québec a lancé le 28 mars 2011 sa nouvelle <i>Stratégie québécoise d'économie d'eau potable</i>. À cet effet, les établissements de chaque région sont invités à adhérer aux engagements du MSSS au regard de cette stratégie.</p> <p>Description : L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.</p>	R	Attente réalisée.
<b>Coordination réseau et ministérielle</b>			
Sécurité civile	<p>Contexte : En vertu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de la <i>Loi sur la sécurité civile</i> (RLRQ, chapitre S-2.3) ;</li> <li>- du <i>Plan national de sécurité civile</i> (PNSC) ;</li> <li>- de la PMSC ;</li> </ul> <p>le MSSS et les établissements ont la responsabilité de coordonner le déploiement de la mission Santé et d'assurer le maintien de leurs services essentiels.</p> <p>Description : S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement sont en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile ;</li> <li>- du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile ;</li> <li>- de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.</li> </ul>	R	Attente réalisée.

## Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal: atteinte des engagements annuels 2017-2018

### Résultats au regard des attentes significées 2017-2018

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES (RAISONS DE LA NON-RÉALISATION DE L'ATTENTE ET MESURES ENTREPRISES POUR ASSURER LA RÉALISATION)
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	<p>Contexte : En vertu de la LSC, il revient aux établissements de 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 PMSC.</p> <p>Description : Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation ;</li> <li>- compléter la phase d'établissement du contexte du processus ;</li> <li>- compléter la phase d'appréciation des risques du processus.</li> </ul>	R	Attente réalisée.
Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	<p>Contexte : Un programme d'accès indique la manière, le service et l'installation pour lesquels il y a obligation de rendre les services de santé et les services sociaux accessibles en langue anglaise pour la population d'expression anglaise.</p> <p>Description : Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C. A. et ensuite transmis exceptionnellement par courriel à monsieur Iannick Martin, coordonnateur à l'accès aux services en langue anglaise à l'adresse de courriel suivante : « iannick.martin@msss.gouv.qc.ca » en ajoutant l'adresse : « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » en copie conforme.</p>	S/O	Aucune reddition de comptes requise étant donné le report de cette attente.
État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	<p>Contexte : Objectif 20 du <i>Plan stratégique 2015-2020</i> du MSSS : favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance. Des actions sont menées, dont le déploiement des salles de pilotage, pour insuffler une culture de la performance.</p> <p>Description : Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.</p>	R	Attente réalisée.

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

## Démarche de certification

L'année aura été marquée par l'octroi par le MSSS du contrat de certification des établissements de santé et de services sociaux à Agrément Canada, pour une période de 10 ans.

Dans ce contexte, les équipes qualité ont poursuivi leurs travaux d'amélioration tout au long de l'année en se référant aux différentes normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada. Le comité de coordination de l'agrément, de son côté, a tenu des rencontres toutes les six semaines afin de soutenir cette démarche.

Tous les suivis découlant des recommandations adressées aux différentes installations du CIUSSS lors des visites antérieures d'Agrément Canada ont été assurés, et les preuves soumises ont été acceptées par l'organisme d'accréditation.

## Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en hébergement

Nous n'avons eu aucune visite ministérielle pour l'année 2017-2018 dans les CHSLD de notre CIUSSS.

En octobre 2017, deux CHSLD privés conventionnés de notre territoire ont reçu une visite d'évaluation du MSSS :

- CHSLD de Marie-Claret, dont le rapport faisait état de deux recommandations;
- CHSLD de Saint-Vincent Marie qui a fait l'objet de six recommandations.

## Visites d'inspection des ordres professionnels

Au cours de l'année 2017-2018, le CIUSSS a reçu la visite de deux ordres professionnels :

- L'Établissement de détention Rivières-des-Prairies, au sein duquel nous avons la charge d'assurer les soins infirmiers, a fait l'objet d'une visite de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Un plan d'action élaboré avant la visite a eu pour objectif d'y améliorer la qualité de la pratique infirmière, de clarifier les rôles des professionnels et de développer des outils cliniques qui répondent aux besoins de l'exercice de la profession en milieu carcéral. L'établissement est toujours en attente de la réception du rapport afin d'améliorer son plan d'action.

- L'Ordre professionnel des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec a effectué deux visites, au terme desquelles les évaluateurs ont déposé deux rapports.

Le premier concerne l'évaluation de l'aspect organisationnel réalisée au service de médecine nucléaire. Le taux de conformité selon les critères évalués est de 89 % et 11 recommandations ont été émises.

Le second concerne l'évaluation de l'aspect organisationnel réalisée au service de tomographie par émission de positrons. Le taux de conformité selon les critères évalués est de 75 % et 19 recommandations ont été émises.

Un plan d'amélioration en lien avec les recommandations est en cours de réalisation.

## Sécurité des soins et des services

L'année 2017-2018 s'est inscrite dans la continuité de l'année précédente en ce qui a trait à la finalisation, à la révision ainsi qu'à l'harmonisation des processus, des documents et des 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, ainsi qu'à la formation d'agents multiplicateurs pour la saisie des formulaires d'incidents - accidents (AH-223) en hébergement.

## 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.

Il est à noter qu'au 31 mai 2018, il reste à saisir 2200 formulaires de déclaration d'incidents et accidents (AH-223). Le nombre total de déclarations était de 16 203 comparativement à 19 788 pour l'année 2016-2017, ce qui représente une diminution de 14,54 % par rapport à l'an dernier.

Les incidents sont des événements qui ne touchent pas un usager et peuvent être de gravité A et B. Les accidents sont des événements pour lesquels l'usager est touché et peuvent être de gravité C à I.

Niveau de gravité	Conséquences de l'événement
A, B, C et D	Sans conséquence pour l'utilisateur
E1, E2 et F	Entraine des conséquences temporaires pour l'utilisateur
G et H	Entraine des conséquences graves et permanentes pour l'utilisateur
I	A contribué au décès
Indéterminé	Gravité des conséquences indéterminée

Les trois principaux types d'incidents (gravité A et B) sont les suivants :

Type d'événement	Nombre	%
Médicament	421	2,60
Laboratoire	339	2,09
Autre	250	1,54
<b>Total</b>	<b>1 010</b>	<b>6,23</b>
<b>Total CIUSSS A et B</b>	<b>2 249</b>	<b>100</b>

Les trois principaux types d'accidents (gravité C à I) sont les suivants :

Type d'événement	Nombre	%
Chute	5 945	36,69
Médicament	2 256	13,92
Autre	736	4,54
<b>Total</b>	<b>8 937</b>	<b>55,16</b>
<b>Total CIUSSS C à I</b>	<b>13 042</b>	<b>100</b>

### Taux de déclaration

- Incidents : 13,88 %
- Accidents : 80,49 %
- Indéterminés : 5,63 %
- Déclarations produites dans les 25 installations du CIUSSS : plus de 46,92 % enregistrés en hébergement, 40,68 % en milieu hospitalier et 12,40 % en CLSC.

### Types de déclarations

- La majorité des événements est liée aux chutes et à la médication, dans une proportion respective de 39,55 % et de 17,22 %, ce qui représente des résultats comparables à ceux de l'exercice précédent pour ce qui est des chutes, tandis qu'au niveau des erreurs de médication il y a eu une baisse de 31,30 % sur le total des événements déclarés. Ces deux catégories font l'objet d'une préoccupation constante et compteront parmi les projets ciblés comme prioritaires. Les travaux amorcés l'année dernière et s'appuyant notamment sur les recommandations du Groupe vigilance du MSSS se poursuivront en 2018-2019. Une politique CIUSSS sur la prévention des chutes a été adoptée en juin 2017. Pour ce qui est des erreurs de médicaments, un comité directeur regroupant les acteurs clés a été mis sur pied.
- Les autres événements déclarés sont liés aux secteurs suivants : traitements et diètes (6,29 %), imagerie et laboratoires (5,83 %), équipements et bâtiments (3,46 %), agressions entre usagers (1,54 %), effets personnels (1,80 %), lésions de pression (1,77 %), fugues (0,95 %) et mesures de contrôle (0,48 %), blessures d'origine inconnue (5,34 %) et finalement, blessure d'origine connue (3,45 %).

### Gravité des événements

Les résultats d'analyse des événements déclarés démontrent que 82,4 % (ABCD) de ceux-ci n'ont eu aucune conséquence sur l'utilisateur tandis que 11,87 % (E-I) ont engendré des conséquences temporaires et 0,10 % des conséquences graves ; seulement 5,63 % des déclarations n'ont pas été catégorisées.

De ces événements, 43 événements (0,27 %) ont été considérés comme des événements sentinelles, et ont fait l'objet d'analyses approfondies. De ces 43 événements, neuf ont été intégrés à des événements répétitifs et donc regroupés en une analyse. À la suite de ces analyses, des plans d'amélioration ont été élaborés et l'avancement en est suivi mensuellement.

Certains moyens mis en place permettent de favoriser la qualité et la sécurité des soins et des services :

- Comité de gestion des risques CIUSSS.
- Processus de traitement des événements sentinelles avec le guichet unique.
- 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.
- Programme de formation du CIUSSS sur la prestation sécuritaire des soins et des services (sécurité des usagers, déclaration des incidents et des 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.
- Politique sur la gestion des effets personnels des usagers visant à baliser les rôles et responsabilités du personnel et des usagers à cet égard.
- Politique de divulgation.

### Événements sentinelles 2017-2018

Les événements sentinelles sont des incidents ou accidents qui ont eu ou auraient pu avoir des conséquences catastrophiques pour les usagers ou des événements qui se produisent à répétition et qui n'ont pas nécessairement de conséquences catastrophiques.

Durant l'année 2017-2018, l'équipe de la gestion des risques a traité 43 événements sentinelles pour lesquels des plans d'action ont été mis en place afin d'en prévenir la récurrence. Le CIUSSS a la responsabilité de faire le suivi des plans d'action à cet égard et de s'assurer de leur réalisation.

#### Nombre d'événements sentinelles par gravité pour 2017-2018

Gravité	Nombre d'événements
B	1
C	1
D	3
E1	1
E2	11
F	5
G	2
H	3
I	7
Indéterminée	9
<b>Total général</b>	<b>43</b>

#### Nombre d'événements sentinelles par direction

Direction	Nombre d'événements
DSAPA	10
DSI	20
DSI/DSP	4
DSIPL	1
DSM	1
DSMD	6
DSP	1
<b>Total général</b>	<b>43</b>

## Nombre d'événements sentinelles par catégorie pour 2017-2018

Gravité	Nombre d'événements
Autres	6
Bâtiment	1
Blessure d'origine inconnue	1
Chute	5
Désorganisation comportementale	1
Diète	1
Identification	1
Laboratoire	2
Matériel	2
Médicament	4
Retraitement des dispositifs	3
Suicide	1
Traitement/Intervention	15
<b>Total général</b>	<b>43</b>

Depuis janvier 2018, nous avons fixé le délai cible pour le développement de mesures correctives à 20 jours ouvrables. Le délai moyen enregistré au cours de l'année 2017-2018 est de 23 jours.

Un audit a été réalisé en septembre 2017 afin d'évaluer le processus de gestion des événements sentinelles déployé en avril 2017. À la suite de l'implantation du nouveau processus, on constate que le taux de conformité des rapports d'événements sentinelles en lien avec les bonnes pratiques dans le domaine (Institut pour la sécurité des patients-ICPSP) est passé de 27 % à 92 %.

## Prévention des infections

Les principales actions mises de l'avant cette année en ce qui concerne la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales dans l'établissement sont les suivantes :

- Une surveillance soutenue des infections nosocomiales qui a permis d'identifier des tendances et, notamment, de déployer des plans d'action pour diminuer les infections du site opératoire en chirurgie cardiaque, les bactériémies sur cathéters périphériques à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal et les diarrhées à Clostridium difficile à l'Hôpital Jean-Talon ;
- La poursuite de l'harmonisation des pratiques en prévention et contrôle des infections dans tout le CIUSSS ;
- Le déploiement d'un plan d'action en vue d'améliorer les pratiques d'hygiène des mains, principalement dans les installations qui offrent l'hospitalisation et l'hébergement des clientèles ;
- La planification et le contrôle environnementale lors des travaux de construction et de rénovation, de même que lors d'événements environnementaux imprévus.

## Rapports du coroner

Au cours de la dernière année, deux recommandations de coroner ont été adressées à l'établissement :

- Les instances internes compétentes de l'Hôpital Jean-Talon doivent revoir la mise en application de son programme de dysphagie, notamment pour l'évaluation du risque de troubles de la déglutition et d'aspiration de corps étrangers chez les usagers.
- Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens doit revoir le dossier de l'utilisateur à l'Hôpital Jean-Talon dans le but de :
  - développer des moyens de dépistage des usagers connus pour recevoir l'intervention du service de travail social ;
  - s'assurer qu'un congé accordé à de tels usagers ne compromet pas leur sécurité lorsque des limitations importantes sont documentées dans leur dossier médical et qu'une place en hébergement dans une ressource publique est l'option qui a été retenue par ce service.
- Tous les suivis des rapports d'investigation du coroner ont été effectués, et l'information a été transmise au bureau du coroner dans les délais prescrits.

Le CIUSSS a également reçu deux rapports à portée générale, lesquels ont été diffusés aux établissements du réseau de santé et des services sociaux afin qu'ils puissent mettre en place les recommandations qui ont découlé des analyses effectuées par le coroner. Conformément à la demande du MSSS, ces deux rapports ont été transmis aux services concernés :

- Le premier rapport est en lien avec un décès survenu à la suite d'un accouchement qui a provoqué une défaillance multiorganique sévère résultant d'un choc hémorragique.
- Pour le deuxième rapport, il nous a été demandé d'informer les médecins qui travaillent en salle d'urgence de l'importance de développer un échange avec le service d'hémodialyse afin que le personnel du triage et de la réévaluation à l'urgence puisse reconnaître les subtilités des complications pouvant survenir chez une personne atteinte d'insuffisance rénale.

Par ailleurs, nous avons mis en place un processus formel de révision et de transmission à la direction du CIUSSS des rapports de coroner émis dans le réseau de la santé et services sociaux. Cette démarche a permis de revoir 157 rapports, dont :

- trois rapports concernaient directement notre établissement, parmi lesquels deux ne comportaient aucune recommandation de la part du coroner ;
- 13 rapports visant d'autres établissements, mais jugés pertinents pour le CIUSSS NIM, ont été transmis aux personnes concernées pour amélioration continue.

## Mesures de contrôle : contention et isolement

- Depuis la création du CIUSSS, chacune de nos installations poursuivait l'application de ses protocoles respectifs portant sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement.
- Au cours de la dernière année, le CIUSSS s'est doté d'une politique commune. Le plan d'action qui en découle est en cours de réalisation. Les grandes lignes du plan d'action sont :
  - Le développement d'outils d'évaluation et de surveillance ;
  - L'élaboration d'un programme de formation par tous les intervenants ;
- La mise en place d'un registre pour documenter le nombre et les types de contention.

## Examen des plaintes et promotion des droits

### Recommandations de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

La récurrence ou la gravité de certains des problèmes sur lesquels la Commissaire a été interpellée a amené son équipe à entreprendre des enquêtes sur ces thèmes, desquelles découlent également des mesures d'amélioration. Voici les suivis apportés par l'établissement relativement aux principales recommandations de la Commissaire.

#### Soutien, administration et performance

- Production d'une procédure de prise en charge et de remise des effets personnels des usagers hospitalisés afin d'améliorer les lacunes de la procédure existante.
- Moyens préventifs mis en place par l'ajout de caméras de surveillance dans une salle commune d'un CHSLD afin de permettre le visionnement rétroactif et d'obtenir davantage d'information quant aux circonstances d'éventuelles disparitions d'objets de valeur des résidents.

#### Programmes sociaux, réadaptation et première ligne

- Afin de mieux informer les usagers concernant les soins et services offerts à la clinique de vaccination et leur disponibilité, déploiement d'un plan de communication auprès de diverses instances de l'établissement, notamment la centrale d'information et les médecins.
- Assignation d'un travailleur social au dossier d'une résidente en attente d'hébergement en santé mentale, mesure ayant permis que soit réalisée une évaluation de sa relation avec un proche affichant des comportements problématiques, notamment quant à la quiétude des lieux ; un plan d'intervention interdisciplinaire a défini les comportements attendus de la part du proche.
- Élaboration d'une procédure de transfert entre installations ou

unités de médecine et de psychiatrie, en collaboration avec la Direction de la santé physique, afin de permettre aux usagers hospitalisés en santé mentale et devant subir une chirurgie au sein d'une autre installation de revenir à la première installation de façon coordonnée pour continuer d'y recevoir des soins.

- Le programme de soutien à la famille, en ce qui a trait aux montants alloués, aux critères d'admissibilité ainsi qu'aux modalités permettant d'y avoir accès, a suscité plusieurs questionnements et insatisfactions de la part des familles. Dans l'attente d'une harmonisation des pratiques et de la clarification de l'offre de service à implanter à la suite de la réception du cadre de référence du MSSS à cet égard, des communications écrites présentant certaines modalités d'application, comme le versement des subventions, ont été transmises aux familles.
- Outre l'encadrement du professionnel assigné à une demande de soins à domicile d'un usager présentant de multiples facteurs de vulnérabilité, l'examen de cette situation a permis d'identifier plusieurs mesures d'amélioration systémiques à mettre en place pour améliorer les délais de sa prise en charge. Ces améliorations sont : la révision des modes de fonctionnement des équipes concernées, la révision du cheminement clinique des usagers, l'enseignement aux membres des équipes quant au risque de suicide et à la prise en charge d'usagers présentant des facteurs de vulnérabilité, et la révision du cadre de référence des soins à domicile.
- Différentes mesures ont été proposées afin que les agences privées, auxquelles l'établissement a recours pour offrir des soins et services à domicile, affectent des travailleurs fiables et exempts de tout antécédent judiciaire, notamment la réalisation d'un appel d'offres avec un partenaire reconnu (Sigma Santé) pour recourir à des agences sûres. Jusqu'à ce que de nouvelles ententes contractuelles aient été établies, l'établissement s'est engagé à effectuer un rappel écrit auprès de toutes les agences avec lesquelles il fait affaire pour les enjoindre à effectuer une vérification des antécédents judiciaires pour chaque personne appelée à fournir des services directs à un usager et à documenter leurs dossiers à cet égard.

#### Santé physique générale et spécialisée

- Mise en place de mesures d'amélioration concernant la gestion de la douleur d'un usager hospitalisé à la suite d'une chirurgie : encadrement individualisé de type audit de l'épisode de soins offert au personnel infirmier concerné, révision de la qualité de la tenue de dossier, rappel au personnel soignant de recourir aux ordonnances médicales au dossier et de contacter le médecin de garde au besoin.
- Évaluation en cours en vue de développer une culture de sécurité et de proposer un plan d'action visant à améliorer les modalités de surveillance pour assurer des visites plus fréquentes au chevet des usagers hospitalisés, une surveillance accrue et une meilleure réponse à leurs besoins ; initiative entamée à la suite de délais de réponse aux cloches d'appel rapportés lors d'une hospitalisation.
- À la suite du comportement dérangeant et perturbateur d'un

résident déficient en CHSLD, mettant parfois à risque la sécurité des autres résidents et des visiteurs, développement d'une règle de soins infirmiers sur la gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence; formation sur la gestion de ce type de cas également offerte aux infirmières.

- Afin de veiller au droit de l'usager à recevoir des soins avec continuité, démarches entreprises auprès du fournisseur du logiciel de gestion de l'épisode de soins afin que le formulaire entourant les réévaluations unifiées des infirmières soit transmis de façon électronique directement au dossier des usagers et qu'il puisse ainsi y être systématiquement consigné.
- Afin de veiller au droit de l'usager à recevoir des renseignements sur les soins et services offerts, notamment lors d'une chirurgie vertébrale, mise en place d'un processus de révision du dépliant d'information lui étant transmis et prise en charge de cette responsabilité par les physiothérapeutes lors de la première visite de l'usager ayant subi ce type de chirurgie.
- Face à un manque de vigilance lors de l'administration d'un médicament à un usager hospitalisé, situation ayant causé de la détresse respiratoire, des nausées et une perte de conscience, mise en place de diverses mesures correctives : rappel clinique sur l'administration de ce médicament en lien avec les ordonnances actuellement en vigueur, dont la surveillance post-administration et la tenue de dossier associée; activité d'apprentissage sur la méthodologie pour relever les ordonnances médicales de manière efficace et sécuritaire; atelier d'apprentissage sur les nouvelles ordonnances médicales post-anesthésie en lien avec la surveillance clinique et sur les outils appropriés offerts au personnel soignant de l'unité de chirurgie.

### Ressources financières

- Création d'un formulaire d'engagement présentant de façon claire, aux usagères des services d'obstétrique non-résidentes du Québec, les informations relatives aux frais professionnels et hospitaliers lors d'un accouchement.

On pourra consulter le rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services sur le site Web du CIUSSS en septembre 2018 à : [ciuss-nordmtl.gouv.qc.ca](http://ciuss-nordmtl.gouv.qc.ca).

## Recommandations du Protecteur du citoyen

Trente-et-une plaintes ont été soumises au Protecteur du citoyen pour un examen en deuxième instance au cours de 2017-2018. C'est donc 6% du volume de plaintes conclues au Commissariat qui ont été portées à l'attention du Protecteur du citoyen. Ces dossiers comportaient au total 54 objets de plainte.

Par ailleurs, le Protecteur du citoyen a rendu ses conclusions dans 27 dossiers et a ainsi statué sur 50 objets. De ces 50 objets examinés par le Protecteur, 11 ont conduit à des recommandations par le Protecteur, soit 22% de ceux-ci. C'est donc dire que le Protecteur a estimé que 78% des éléments traités par le Commissariat aux plaintes

et à la qualité des services et qui lui ont été soumis pour un examen en deuxième instance ne requerraient pas de mesures supplémentaires.

Ainsi, le Protecteur du citoyen a émis des recommandations à l'endroit de l'établissement touchant ces aspects. Au-delà des recommandations visant à rétablir la situation personnelle d'un usager, les recommandations systémiques du Protecteur concernaient les sujets suivants :

1. L'importance de conserver les requêtes de services professionnels au dossier de l'usager ;
2. La possibilité de demander au service alimentaire la préparation d'un repas ou d'une collation en dehors des heures régulières ;
3. Le principe de la gratuité des services d'aide domestique pour les usagers à faible revenu afin de ne plus exclure les personnes ayant besoin de moins de cinq heures de services par semaine ;
4. L'offre de services à domicile en anglais aux usagers qui le demandent ;
5. Le processus de demande de changement de chambre et l'impact financier lié au choix de chambre ;
6. Les demandes d'usagers concernant l'augmentation du nombre d'heures de soins à domicile et le mode d'évaluation des demandes.

Cinq de ces dossiers de plaintes ont été fermés à la satisfaction du Protecteur du citoyen, suivant les mesures prises par les directions concernées :

1. Le rappel concernant la conservation des requêtes de services professionnels a été fait auprès des agents administratifs œuvrant au sein du Département d'imagerie médicale, et ce, dans l'ensemble des installations. Une note de service a également été transmise aux agents administratifs et aux gestionnaires de l'imagerie médicale. De plus, lors des réunions de service, un rappel fréquent est fait aux agents administratifs ;
2. Le rappel au personnel des unités de soins d'un centre hospitalier a été fait concernant la possibilité de commander un repas ou une collation à l'extérieur des heures régulières, et la façon de procéder ;
3. Selon le Protecteur, la démarche éloquente de l'établissement auprès des instances supérieures (MSSS) permet de prendre acte des choix difficiles auxquels est confrontée la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées en l'absence d'un financement suffisant pour les services requérant une intensité soutenue. Le Protecteur indique que les actions prises à la suite des recommandations adressées répondent à ses attentes. Le Protecteur ajoute comprendre que la réponse aux besoins de la clientèle nécessitant du soutien à domicile, en termes d'intensité de service, demeure une préoccupation pour l'établissement. Il est également préoccupé par cet enjeu et effectuera les représentations nécessaires ;

4. Les moyens nécessaires ont été pris afin d'assurer la poursuite des services d'aide à domicile par l'entremise du personnel du CIUSSS qui parle anglais;
5. Un rappel a été fait auprès des membres du personnel afin qu'ils s'assurent d'aviser les assistants infirmiers-chefs (AIC) lorsqu'un usager souhaite modifier son choix de chambre lors d'une hospitalisation. Un registre a également été mis en place afin de répertorier les demandes faites à la gestion des lits;

6. La révision du cadre de référence pour les services d'aide à domicile a toujours cours et un plan d'action a été déposé. Le Protecteur se dit satisfait des démarches entreprises et fermera le dossier lorsqu'il aura pris connaissance des modifications qui y auront été apportées.

## Personnes mises sous garde

Installation	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
Mise sous garde				
Nombre de gardes préventives appliquées	691	239	376	()
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	576	213	288	()
Nombre de demandes de mise sous garde provisoires présentées au tribunal	110	()	()	()
Nombre de mises sous garde provisoires ordonnées par le tribunal et exécutées	95	()	()	()
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	101	()	()	()
Nombre de demandes de mise sous garde présentées au tribunal	395	()	95	56
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal et exécutées (incluant les renouvellements autorisés)	374	()	91	50
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée (incluant les renouvellements autorisés)	321	()	81	50
Nombre total d'usagers différents mis sous garde	764	213	343	56

() : nombre trop petit pour en permettre la publication.

## Soins palliatifs et soins de fin de vie

- Poursuite de la formation du personnel sur les soins de fin de vie.
- Le groupe interdisciplinaire de soutien pour l'aide médicale à mourir (GIS) a tenu huit rencontres 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 et la bonification 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*.
- Le comité de coordination des soins palliatifs et de fin de vie du CIUSSS s'est réuni à trois 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 en soins palliatifs et soins de fin de vie (SPFV), de leurs proches aidants, et ce, au sein de l'organisation, auprès des partenaires et de la population.
  - ▶ Coordonner le développement du programme de SPFV et s'assurer du déploiement des activités liées à ces soins.
  - ▶ Formuler des recommandations à l'instance stratégique pour l'application du programme SPFV au CIUSSS NIM.
  - ▶ Encourager les bonnes pratiques cliniques et de gestion ainsi que la recherche en SPFV.
  - ▶ Diffuser les informations pertinentes relatives aux SPFV aux membres de son équipe et 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

Du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017

Activité	Information	Site ou installation				
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
Soins palliatifs et soins de fin de vie*	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	800				S.O.
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée		301			S.O.
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile			960		S.O.
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs				S.O.	S.O.
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	12				
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	22				
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	12 incluant une personne qui avait formulé sa demande avant le 10 décembre 2017				
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	13 incluant deux personnes ayant formulé leur demande avant le 10 décembre 2017 4 personnes sont décédées pendant le traitement de leur demande 7 personnes ne répondaient pas aux critères de la loi 2 demandes sont en cours de traitement au 9 décembre 2017				
* 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.						
<b>S.O.</b> : 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						

# 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		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2017-04-02 au 2018-03-31	
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
	2017-18	643 962	4 179	648 141	355	422
	<b>Variation</b>	<b>(18,5 %)</b>	<b>(22,3 %)</b>	<b>(18,5 %)</b>	<b>(18,7 %)</b>	<b>(20,1 %)</b>
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
	2017-18	1 838 517	6 728	1 845 245	1 016	1 347
	<b>Variation</b>	<b>6,1 %</b>	<b>37,7 %</b>	<b>6,2 %</b>	<b>5,9 %</b>	<b>5,5 %</b>
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
	2017-18	4 933 548	322 123	5 255 672	2 634	3 661
	<b>Variation</b>	<b>7,1 %</b>	<b>17,5 %</b>	<b>7,7 %</b>	<b>6,5 %</b>	<b>7,4 %</b>
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
	2017-18	7 155 515	316 733	7 472 247	3 947	5 523
	<b>Variation</b>	<b>(2,4 %)</b>	<b>26,4 %</b>	<b>(1,4 %)</b>	<b>(2,4 %)</b>	<b>(0,1 %)</b>
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
	2017-18	1 932 243	48 114	1 980 357	986	1 569
	<b>Variation</b>	<b>4,5 %</b>	<b>35,7 %</b>	<b>5,1 %</b>	<b>4,6 %</b>	<b>8,5 %</b>
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
	2017-18	21 366	19	21 385	12	68
	<b>Variation</b>	<b>(39,7 %)</b>	<b>(61,5 %)</b>	<b>(39,8 %)</b>	<b>(40,4 %)</b>	<b>(34,0 %)</b>
<b>Total du personnel</b>	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
	2017-18	16 525 151	697 897	17 223 048	8 950	12 369
	<b>Variation</b>	<b>1,1 %</b>	<b>22,3 %</b>	<b>1,8 %</b>	<b>0,8 %</b>	<b>2,7 %</b>
Cible 2017-2018 :				16 675 243		
Écart à la cible - en heures :				547 805		

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

### Commentaires 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, l'établissement a fait l'intégration du CHSLD Quatre-Saisons le 1<sup>er</sup> avril 2016, représentant l'ajout de 200 000 heures 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 108 000 heures. Au 1<sup>er</sup> avril 2017, le CIUSSS NIM a intégré les activités de l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies (EDRDP), représentant l'ajout de 45 500 heures. L'ouverture de l'urgence secondaire en 2015-2016 représente pour sa part 20 000 heures annuellement. Enfin, différents développements budgétaires accordés par le MSSS ont représenté l'ajout d'environ 145 000 heures pour soutenir la dispensation de services, notamment en soutien à domicile, aux niveaux de soins alternatifs, en hygiène en CHSLD et en GMF.

Par ailleurs, l'augmentation des heures en temps supplémentaire est directement reliée à l'ajout des nouveaux investissements. Nous poursuivons nos efforts pour réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante ainsi que le temps supplémentaire en rehaussant les heures régulières travaillées par des personnes titulaires d'un poste afin d'améliorer la qualité des services et la stabilité des équipes de travail.

## Faits saillants

À l'instar de l'ensemble des organisations au Québec, le réseau de la santé et des services sociaux n'est pas épargné par la pénurie de personnel. Le CIUSSS du Nord travaille fort pour assurer la présence d'une main-d'œuvre qualifiée afin d'offrir des soins et services de qualité à sa population.

En collaboration avec les directions de l'établissement, l'équipe des ressources humaines, communications et affaires juridiques fait de cet enjeu une priorité et innove en visant des alliances avec les écoles d'enseignement et la communauté.

Des journées portes ouvertes ont permis cette année de recruter un bon nombre d'infirmières, de préposés aux bénéficiaires et de préposés à l'hygiène et salubrité. L'objectif pour l'établissement est de se distinguer, d'aller chercher son futur personnel sur le terrain, dans les écoles et de les accompagner tout au long de leur parcours, tout en travaillant à la rétention et la stabilité des équipes.

# États financiers et analyse des résultats des opérations

## Commentaires sur les ressources financières

L'exercice financier 2017-2018 a été marqué par la poursuite des développements dans les secteurs de la première ligne, du soutien à domicile et de l'hébergement. L'établissement a augmenté de façon importante les heures de services à domicile afin de répondre aux besoins des usagers de son territoire. Ces investissements ont grandement sollicité les ressources humaines de notre organisation. Pour absorber cette croissance, l'établissement a dû composer avec des hausses en matière de temps supplémentaire et de main-d'œuvre indépendante.

## 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 encourir aucun déficit en fin d'exercice.

Le résultat des opérations du fonds d'exploitation présente un déficit de 3 106 640 \$. Le résultat du fonds d'immobilisation se solde quant à lui par un déficit 698 937 \$ lié au problème de synchronisation lors de l'utilisation des sommes transférées de l'exploitation au fonds d'immobilisation des années antérieures et à la dépense d'amortissement de ces mêmes sommes. L'établissement présente donc, au 31 mars 2018, un résultat déficitaire global (exploitation et immobilisation) de 3 805 577 \$.

Conséquemment, au terme du présent exercice, 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. Une démarche de gestion visant l'amélioration de l'efficacité des services offerts et mettant à contribution la collaboration de l'ensemble des secteurs de l'établissement permet toutefois de présenter un budget en équilibre pour l'exercice 2018-2019.

## 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	11	374 593 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	264	84 785 891 \$
<b>Total des contrats de service</b>	<b>275</b>	<b>85 160 484 \$</b>

## Charges brutes par programme-service

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses \$	%	Dépenses \$	%
Programmes-services				
Santé publique	9 707 494	1,1 %	11 331 745	1,3 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	28 339 237	3,2 %	26 178 607	3,0 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	201 681 114	22,6 %	185 914 056	21,3 %
Déficiences physiques	10 937 366	1,2 %	10 765 043	1,2 %
Déficiences intellectuelle et TSA	10 006 916	1,1 %	5 166 587	0,6 %
Jeunes en difficulté	6 774 723	0,8 %	7 006 440	0,8 %
Dépandances	203 149	0,0 %	172 791	0,0 %
Santé mentale	70 793 927	7,9 %	71 208 735	8,1 %
Santé physique	332 660 967	37,3 %	351 302 693	40,2 %
Programmes soutien				
Administration	65 837 417	7,4 %	56 527 611	6,5 %
Soutien aux services	81 301 710	9,1 %	77 993 507	8,9 %
Gestion des bâtiments et des équipements	72 806 642	8,2 %	70 424 869	8,1 %
<b>Total</b>	<b>891 050 662</b>	<b>100 %</b>	<b>873 992 684</b>	<b>100 %</b>

Pour plus d'informations relativement aux résultats de l'exercice 2017-2018, il est possible de consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur notre site Internet.

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve      O : Observation      C : Commentaire

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

R : Régulé      PR : Partiellement Régulé      NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	Aucune, car selon les directives du MSSS.			X
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
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
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
Le résultat des opérations de l'établissement va à l'encontre de la loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement ne doit encourir de déficit à la fin de l'année financière.	2016-2017	C	L'établissement termine avec un déficit en dessous de 1%. Un suivi budgétaire rigoureux est réalisé à chaque période financière.			X
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
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. L'établissement devrait établir un processus pour recevoir, évaluer et conserver ces plaintes et pour y répondre de façon à protéger les parties prenantes.	2015-2016	C	La politique "Gestion intégrée des risques" a été adoptée par le conseil d'administration le 27 septembre 2017.	X		
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 :

- aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- 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 lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

### 3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

# 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 infor-

mation de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

## 4. Champ d'application

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

## 5. Disposition finale

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

## 6. Diffusion

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

## 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.

# 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.

# Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

## 8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

## 8.7 Relations publiques

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

## 8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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.

# Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
13. Le membre se croyant être en conflit direct ou indirect doit le dénoncer par écrit au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.
14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est 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'acquiescer 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 :

# Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

- 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 une prudence.

**19.6** Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

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

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

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

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

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

## Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

**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.

\_\_\_\_\_  
Signature du membre

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

Montréal  
\_\_\_\_\_  
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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Signature du membre

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
Montréal  
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'actionariat 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.

\_\_\_\_\_  
Signature du membre

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
Montréal  
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'actionariat 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'actionariat 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'actionariat 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.

\_\_\_\_\_  
Signature du membre

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

Montréal  
\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Signature du membre

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
Montréal  
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.

\_\_\_\_\_  
Signature du membre

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

Montréal  
\_\_\_\_\_  
Lieu





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

**Québec** 