

2017

2018 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal



PHOTO : SLIDELY

Faits saillants
Rapport annuel de gestion



FAITS SAILLANTS
RAPPORT ANNUEL DE GESTION 17/18

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
Service des relations publiques, des communications et des relations avec la population

communications.comtl@ssss.gouv.qc.ca

Juin 2018

www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca



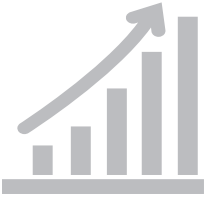
ENGAGEMENT À L'ÉGARD
DE LA CLIENTÈLE.
COLLABORATION.
TRANSPARENCE.
COURAGE.
RESPECT.
INNOVATION.



**Les liens qui
nous unissent**



D **DIRECTION**
des services
professionnels



LE VOLUME DE PATIENTS A
QUINTUPLÉ DEPUIS L'OUVERTURE
DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DU
LAKESHORE EN 1965



50 % DES LITS AUX
SOINS INTENSIFS
SONT OCCUPÉS PAR
DES AÎNÉS DE PLUS
DE 75 ANS

**NOUS ADAPTER À VOS BESOINS
GRANDISSANTS. VOUS ÉCOUTER DANS
VOS MOMENTS DE DÉTRESSE. VOUS
ACCOMPAGNER SUR LE CHEMIN DE VOTRE
SANTÉ. EN PERSONNE OU À DISTANCE,
NOUS SOMMES LÀ. POUR VOUS.**

SAUVER ENCORE PLUS DE VIES

Repenser l'unité de soins intensifs et de soins cardiaques de l'Hôpital général du Lakeshore. Mieux l'intégrer au reste des activités cliniques. C'est l'idée maîtresse derrière ce projet de reconfiguration des infrastructures et de modernisation des équipements. Un projet extraordinaire qui répondra à l'augmentation du volume de patients et aux besoins médicaux toujours plus complexes de notre population vieillissante.

La première phase des travaux a permis de porter de 11 à 15 le nombre total de lits de soins intensifs à l'Hôpital. De quoi traiter 270 patients de plus par année et contribuer à désengorger la salle d'urgence en facilitant leurs transferts vers des lits aux soins intensifs.

La seconde phase des travaux permettra de conformer l'espace de travail aux meilleures pratiques, d'ancrer la présence de huit lits de cardiologie au deuxième étage et de concentrer notre expertise en soins vitaux dans un lieu unique.



LE PROJET EN CHIFFRES

4,9 MILLIONS \$: ÉVALUATION DU COÛT TOTAL DES DEUX PHASES DU PROJET.

LA PREMIÈRE PHASE A ÉTÉ FINANCÉE PAR LA FONDATION DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE, GRÂCE À UN DON DE 2 MILLIONS \$ DE LA FONDATION FAMILIALE TROTTIER.

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX OCTROIE LE BUDGET POUR COUVRIR LES COÛTS OPÉRATIONNELS.





DÉTECTION DE LA DÉTRESSE EN CANCÉROLOGIE : NOUS SOMMES À VOTRE ÉCOUTE

Recevoir un diagnostic de cancer n'est jamais facile. Depuis 2013, le dépistage systématique de la détresse se fait de manière électronique au Centre hospitalier de St. Mary. À chacune de leurs visites, les patients remplissent avant leur traitement un questionnaire au moyen de tablettes électroniques mises à leur disposition dans la salle d'attente. Les résultats sont directement transmis aux cliniciens qui peuvent alors identifier et suivre facilement les personnes en détresse.

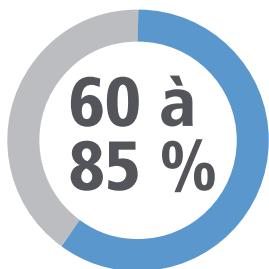
UNE PREMIÈRE À L'HÔPITAL DE LASALLE

Avez-vous déjà entendu parler de la réadaptation pulmonaire? Non? Alors que dire de la téléadaptation pulmonaire?

En bref, la réadaptation pulmonaire permet aux patients présentant une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) d'augmenter leur capacité à l'effort et d'améliorer leur qualité de vie. Pour répondre à une demande grandissante, le Service de médecine de jour de l'Hôpital de LaSalle a ouvert, grâce à la collaboration de l'Hôpital Mont-Sinaï Montréal, un programme de réadaptation... à distance : la téléadaptation pulmonaire! Au menu des patients connectés : cours d'activité physique et conférences.

LES MALADIES
PULMONAIRES

2^e PRINCIPALE CAUSE
DE DÉCÈS AU CANADA



DES QUÉBÉCOIS ATTEINTS D'UNE MPOC
VIVENT AVEC CELLE-CI SANS LE SAVOIR

LE SAVIEZ-VOUS?

35 à
45 %



DES PATIENTS RESSENTENT UNE DÉTRESSE
ÉMOTIONNELLE SUFFISAMMENT GRANDE POUR
JUSTIFIER UNE INTERVENTION PROFESSIONNELLE

PLUS SUR CE PROJET :

- C'EST UNE INITIATIVE DU RÉSEAU DE CANCÉROLOGIE ROSSY ET DU PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER.
- IL EST RÉALISÉ CONJOINTEMENT AVEC L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF, LE CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL ET PLUSIEURS CENTRES DE CANCÉROLOGIE À TORONTO.



PHOTO : I STOCK



DIRECTION
des soins
infirmiers



**AUX AVANT-POSTES DANS LA PRÉVENTION
DES INFECTIONS HOSPITALIÈRES. EN SOUTIEN
AUX MÉDECINS DE FAMILLE. AU CŒUR DE
NOS SERVICES DE NÉPHROLOGIE. NOUS
VIVONS AU RYTHME DE NOS PATIENTS.
UNE PULSATION À LA FOIS.**

LA PROPRETÉ À PORTÉE DE MAIN

Saviez-vous que des millions de microbes, en majorité inoffensifs, se nichent à la surface de vos mains? Pour lutter contre les infections, un seul moyen : le lavage régulier et rigoureux des mains. Efficace et peu coûteux, il permet de protéger nos patients, notre personnel et nos familles.

Depuis août 2017, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a lancé une campagne prioritaire de sensibilisation et d'adhésion aux meilleures pratiques de lavage des mains. Déployée dans plusieurs établissements, cette vaste opération de communication s'appuie notamment sur une nouvelle signalisation dans toutes les unités cliniques, les salles d'examen diagnostiques, les salles de bain et les aires communes.



SECONDES

TEMPS MINIMAL
POUR UN BON
LAVAGE DES MAINS

EN UN CLIN D'ŒIL

3 ÉTABLISSEMENTS
DÉJÀ VISITÉS



- Hôpital général du Lakeshore
- Centre hospitalier de St. Mary
- Hôpital de LaSalle

80 %



DES MICROBES
SONT TRANSMIS
PAR LES MAINS



OBJECTIF DE
CONFORMITÉ
DE NOTRE
CIUSSS



**LAVEZ
VOS MAINS**



**ICI ON PROTÈGE
nos familles et nos usagers**





DES « SUPER INFIRMIÈRES » À LA RESCOURSE

Aujourd'hui, 10 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) soutiennent les médecins de famille dans la prise en charge et le suivi de patients au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Ces infirmières sont habilitées à exercer cinq activités médicales, dont la prescription de médicaments et d'examen diagnostiques. Affectées aux groupes de médecines familiales et aux CLSC, elles prodiguent des soins de première ligne à tous les patients. Du nouveau-né à la personne âgée.



POUR EXERCER, NOS IPS DÉTIENNENT UN CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE DÉLIVRÉ PAR L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. ELLES SONT AUSSI HABILITÉES PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. MARIE-FRANCE DUBÉ A ÉTÉ NOTRE PREMIÈRE INFIRMIÈRE À OBTENIR SON DROIT DE PRESCRIRE.

417

NOMBRE D'IPS AU QUÉBEC EN NOVEMBRE 2017

UN PROGRAMME DE SANTÉ RÉNALE COMPLET

Avec le vieillissement de la population s'ensuit une hausse de maladies du rein telle que l'insuffisance rénale.

Dans ce cas-ci, l'organisme est petit à petit empoisonné par les déchets qui ne sont plus éliminés par les reins. Certains traitements dits de « suppléance » permettent de remplacer le fonctionnement des reins. Il en existe deux types : la dialyse et la greffe de rein.

Sur notre territoire, les habitants peuvent compter sur l'expertise des huit néphrologues de l'Hôpital général du Lakeshore (HGL) et du Centre hospitalier de St. Mary pour les soutenir. Afin de rendre nos patients plus autonomes, nous offrons la dialyse péritonéale, un mode de « dialyse à la maison » qui offre confort et simplicité d'utilisation et permet de retrouver la liberté de se déplacer et de voyager.

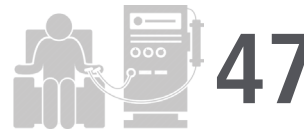
235



NOMBRE MOYEN DE PATIENTS TRAITÉS PAR AN

28*

PERSONNES EN DIALYSE PÉRITONÉALE



STATIONS D'HÉMODIALYSE

14

PATIENTS ONT PARTICIPÉ AU PROGRAMME DE TRANSPLANTATION DE L'HGL DEPUIS AVRIL 2017

* 24 % des nouveaux patients optent pour la dialyse péritonéale. La cible du MSSS : 25 % en 2019.



DIRECTION
du programme
jeunesse

**DE LEUR NAISSANCE À LEUR VIE ADULTE.
LES PROTÉGER. LEUR DONNER CONFIANCE.
LES ACCOMPAGNER POUR MIEUX LES
LAISSER S'ENVOLER. POUR VOS ENFANTS.
NOUS RÉPONDONS PRÉSENTS.**

**CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY,
RENOUVELLEMENT DE LA CERTIFICATION
« AMIS DES BÉBÉS »**

Premier « Hôpital ami des bébés » sur l'île de Montréal en 2011, notre Centre hospitalier a été certifié de nouveau à la suite d'une visite de réévaluation. Plus connu sous le nom d'« Initiative hôpitaux amis des bébés », ce programme de la qualité des services de soins maternels consiste à promouvoir l'allaitement maternel et le contact peau à peau dès la naissance. Il favorise aussi la création de milieux de soins où ces pratiques sont la norme. En 1991, l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont défini ce programme dans le cadre d'une stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Son objectif? Offrir aux nouveaux-nés le meilleur départ possible dans la vie.

**ACCUEILLIR LA VIE :
NOTRE SPÉCIALITÉ**

Un des plus grands centres accoucheurs de la province. Notre philosophie de soins? Centrée sur les besoins de la famille et du nouveau-né.

QUI EST CERTIFIÉ?

LES 4 CLSC, LA MAISON DE NAISSANCE ET LE CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY.

QUI LE SERA?

L'HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE ET L'HÔPITAL DE LASALLE POURSUIVENT LEURS EFFORTS POUR OBTENIR CETTE RECONNAISSANCE.



9 200 année
NAISSANCES

 **3**  UNITÉS DE NAISSANCES

1  MAISON DE NAISSANCE

11 SAGES-FEMMES DONT 1 RESPONSABLE SAGE-FEMME

312 FEMMES ASSISTÉES POUR LEUR ACCOUCHEMENT



MAISON ASPIRE, UN CHEZ-MOI PAS COMME LES AUTRES

ACRONYME EN ANGLAIS :

- A** CHIEVING
- S** UCCESFUL
- P** ERSONAL
- I** NDEPENDENCE AND
- R** ESTORING
- E** MPOWERMENT



PHOTO : PATRICK SANFAÇON, LA PRESSE

Après un passage en famille d'accueil, en foyer de groupe ou en unité de vie aux Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, la transition vers la vie adulte s'avère parfois délicate. Pour faciliter ce grand saut vers l'inconnu, nos jeunes adultes de 18 à 25 ans peuvent préparer leur futur en toute quiétude dans notre maison *ASPIRE*. Située dans un quartier résidentiel, cette habitation accueille cinq jeunes et un mentor. Ce dernier joue le rôle de modèle, les accompagne au quotidien et les encadre minimalement dans cet environnement sécuritaire. Pourquoi la colocation? En vivant ainsi, ces jeunes apprennent leur autonomie et construisent leur identité. Faire un budget, rédiger un curriculum vitae ou gérer les tâches ménagères, voilà quelques aspects de la vie quotidienne que ces jeunes peuvent expérimenter. Grâce à notre maison *ASPIRE*, nos jeunes, sans aucun soutien de leur famille ou d'un proche, apprennent à devenir des adultes responsables.



PHOTO : FREEPIK

ASPIRE EN QUATRE TEMPS

5
JEUNES



DE 18 ANS ET PLUS, AUX
ÉTUDES OU AU TRAVAIL,
POUR 1 MENTOR* BÉNÉVOLE



2
ANS

DURÉE
MAXIMALE
DE SÉJOUR



LOYER
MENSUEL **200 \$**

50 % de la somme est remise
au jeune au départ

* LE MENTOR, UN JEUNE QUI AIDE LES JEUNES

- 1^{RE} ANNÉE : UNE ÉTUDIANTE EN SERVICE SOCIAL, ANCIENNE STAGIAIRE DES CENTRES DE LA JEUNESSE ET DE LA FAMILLE BATSHAW.
- ANNÉES SUIVANTES : UN ANCIEN RÉSIDENT DES CENTRES DE LA JEUNESSE ET DE LA FAMILLE BATSHAW RECRUTÉ PAR NOS SERVICES.





DIRECTION

des programmes de
déficience intellectuelle,
trouble du spectre
de l'autisme et
déficience physique

**ÉCOUTE. DIALOGUE. INTÉGRATION
SOCIALE. LE REGARD SUR L'AUTISME,
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU
PHYSIQUE ÉVOLUE. AU GRÉ DE NOTRE
MOBILISATION SUR LE TERRAIN.**

TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME : NOUS AVONS UN PLAN!

Trouble du spectre de l'autisme ou TSA. Derrière cet acronyme froid se cache toujours un visage. Celui d'un enfant ou d'un adulte. Celui d'un de nos employés aussi. Par le biais du Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022, notre Direction bénéficie d'un important financement du Gouvernement du Québec. De quoi nous permettre d'embaucher l'équivalent de 21 personnes à temps plein – éducateurs, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, orthophonistes, ergothérapeutes, entre autres – pour épauler les personnes et les familles touchées par le TSA.

Dans notre ligne de mire : améliorer l'accès à nos services, réduire nos listes d'attente et augmenter ainsi le nombre de familles soutenues par nos services de répit, soutenir les personnes dans leur milieu de vie, favoriser l'intégration de la famille et développer des services résidentiels.

1 enfant sur 76



A UN TROUBLE
DU SPECTRE DE
L'AUTISME (2014-2015)

40 millions de dollars



FINANCEMENT À L'ÉCHELLE
PROVINCIALE POUR LA MISE EN
ŒUVRE DU PLAN D'ACTION TSA
2017-2022

3,9 millions de dollars



ALLOUÉS À NOTRE
CIUSSS SUR LA
MÊME PÉRIODE





CHANGER NOTRE REGARD SUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

Au Québec, près d'une personne sur dix, âgée de 15 ans et plus, vit avec une incapacité. Vous les croisez. Au travail, à l'école, dans vos loisirs. Pensez-y. Au-delà de la Semaine québécoise des personnes handicapées soulignée en juin, notre Direction invite ses interlocuteurs à agir toute l'année pour favoriser la participation sociale de ces citoyens. Nos suggestions? Commençons par les écouter sans les juger, par leur parler et par les embaucher.

PHOTO : FREEPIK

L'HEURE JUSTE

TAUX D'EMPLOI*



39 %

PERSONNES
HANDICAPÉES

72 %

PERSONNES
NON HANDICAPÉES

*Pour la tranche d'âge de 15 à 64 ans.



DES 75 ANS
ET PLUS
SONT
HANDICAPÉS

+ 30 %

DES HANDICAPÉS
DE 15 À 64 ANS
ONT ÉTÉ VICTIMES
D'INTIMIDATION OU
SE SONT SENTIS MIS À L'ÉCART



Statistiques

+ de 1 200

PERSONNES VIVANT
AVEC UNE DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE ONT
BÉNÉFICIÉ DE NOS
SERVICES SPÉCIALISÉS.



+ de 450

PERSONNES ONT PARTICIPÉ À DES
ACTIVITÉS D'INTÉGRATION AU TRAVAIL
(ATELIER, STAGE DE GROUPE OU STAGE
INDIVIDUEL), DONT NEUF OCCUPENT
DÉSORMAIS UN EMPLOI RÉMUNÉRÉ.



PHOTO : FREEPIK

AUTISME : LA FRANCE S'INSPIRE DE NOS PRATIQUES AVANT-GARDISTES

Mai 2017. Une délégation française de la Cour des comptes visite la maison de répit Eleanor-Côté, à Beaconsfield, prolongement naturel des services offerts par le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal. L'occasion de découvrir l'intervention comportementale intensive, une approche privilégiée au Québec pour les jeunes enfants autistes, contrairement à celle plus psychodynamique utilisée en France.



DIRECTION

adjointe, à la
responsabilité
populationnelle
et aux partenariats

AMÉLIORER VOTRE SANTÉ ET VOTRE BIEN-ÊTRE. ŒUVRER AUX CÔTÉS DE VOS ORGANISMES COMMUNAUTAIRES. ET VOUS OFFRIR NOTRE PROXIMITÉ ET NOTRE SOLIDARITÉ. LA SANTÉ PUBLIQUE : C'EST VOUS, C'EST NOUS. ENSEMBLE.

INONDATIONS : NOS EMPLOYÉS À PIED D'ŒUVRE

Printemps 2017. L'eau n'en fait qu'à sa tête. À coups de crues exceptionnelles, elle inonde de nombreux territoires habités de l'ouest de l'île de Montréal. La décrue laissera derrière elle de lourds dégâts et des centaines de sinistrés. Pour leur venir en aide, près de 130 de nos employés se sont mobilisés.



LIGNE TÉLÉPHONIQUE
D'URGENCE, 24 H/24
À L'HÔPITAL GÉNÉRAL
DU LAKESHORE



+ DE 1 000 APPELS
DE PERSONNES
TOUCHÉES PAR LES
INONDATIONS

Les rendez-vous urgents pour des prélèvements au CLSC de Pierrefonds, inaccessible alors, seront redirigés vers notre Centre de prélèvement de l'Hôpital général du Lakeshore. Nos intervenants appelleront tous nos résidents bénéficiant du soutien à domicile pour s'assurer de leur bien-être et les assister au besoin.



NOS ÉQUIPES DANS LA COMMUNAUTÉ

4 DUOS

FORMÉS
D'UNE
INFIRMIÈRE ET D'UN
TRAVAILLEUR SOCIAL
SUR PLACE



+
200



BÉNÉVOLES
SUR LE TERRAIN

ACTIONS :

CONSEILS
AUX SINISTRÉS,
PREMIERS SOINS
PRODIGUÉS AUX
BÉNÉVOLES



PHOTO : CIUSSS ODIM



PROJET ARCHE DE NOÉ

AIDER LES VICTIMES DES INONDATIONS À
REPRENDRE UNE VIE NORMALE. LA FONDATION
DES CLSC DU LAC-SAINT-LOUIS ET DE
PIERREFONDS Y A PENSÉ. ELLE LEUR A DISTRIBUÉ DES CARTES-
CADEAUX D'UNE VALEUR DE 150 \$ À 300 \$ POUR ACHETER DES
DENRÉES ALIMENTAIRES. LA FONDATION A DÉDIÉ UN MONTANT
DE 10 000 \$ À CE PROJET.

LES JOURS D'APRÈS. SUR LE TERRAIN.

Lors des grandes opérations de net-
toyage organisées dans les arrondis-
sements de Pierrefonds – Roxboro et
de L'Île-Bizard – Sainte-Geneviève, les
équipes du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-
de-Montréal ont pu venir en aide aux
sinistrés.

OPÉRATION VACCINATION : NOTRE POPULATION SATISFAITE

« Restez loin de la grippe », c'était le
thème de la grande campagne de vac-
cination contre la grippe saisonnière cette
année. L'objectif était clair : inciter le plus
grand nombre possible de personnes à
risque à se faire vacciner. Un sondage
mené auprès des personnes vaccinées
montre qu'elles sont généralement très
satisfaites de la manière dont s'est dé-
roulée la vaccination.



PERSONNES SONDÉES



TERRITOIRE DE L'OUEST-
DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

3 294

TERRITOIRE DE DORVAL-
LACHINE-LASALLE

1 525

% de personnes satisfaites

82

80

% de personnes de 60 ans et +

69

69

% d'enfants de 6 à 23 mois

3

3

% de personnes avec une maladie chronique

22

11



D **DIRECTION**
des services
multidisciplinaires

PROMOUVOIR L'INNOVATION POUR VOTRE BIEN-ÊTRE. CRÉER DES LIENS ÉTROITS. ENTRE NOUS. POUR VOUS. POUR MIEUX VOUS ACCOMPAGNER ET PRÉPARER L'AVENIR.

INNOVER AUX URGENCES POUR LE BIEN DE NOS AÎNÉS

Détecter les personnes de 75 ans et plus capables de retourner rapidement dans leur milieu de vie. Éviter leur admission en milieu hospitalier lorsque ce n'est pas nécessaire. C'est la mission de l'équipe interdisciplinaire dédiée à l'urgence mise en place à l'Hôpital général du Lakeshore. Ce collectif de professionnels évalue et cerne les besoins de chacune de ces personnes afin qu'ils bénéficient de soins et de services personnalisés. Et ce, bien au-delà du congé hospitalier. L'équipe se rencontre ainsi tous les matins et les après-midis pour identifier les patients les plus aptes à quitter notre établissement. Dès les premières semaines d'activité, l'impact de l'équipe interdisciplinaire s'est fait sentir. Présenté au 25^e Salon sur les meilleures pratiques d'affaires, ce projet avant-gardiste a remporté le prix Coup de cœur du jury.



27 %

DES ADMISSIONS
À HÔPITAL GÉNÉRAL
DU LAKESHORE =
LES 75 ANS ET +



LES BÉNÉFICES REMARQUÉS DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE



18

ADMISSIONS
DE MOINS
PAR SEMAINE



65 JOURS

D'HOSPITALISATION
DE MOINS PAR
SEMAINE



62 %

DIMINUTION DE LA DURÉE
MOYENNE DE SÉJOUR DES
PATIENTS DE 75 ANS +

IMPACTS D'UNE HOSPITALISATION PROLONGÉE SUR LES 75 ANS ET +

5 À 10 %
PAR SEMAINE DE
PERTE DE MASSE
MUSCULAIRE



DIMINUTION DE
LA MOBILITÉ +
UN ALIÈMENT
PROLONGÉ :

» DÉCLIN
FONCTIONNEL

X 3 NOMBRE DE JOURS
NÉCESSAIRES POUR
SE REMETTRE D'UNE
HOSPITALISATION



La population de 70 ans et + va augmenter de 23,8 % d'ici 2025.
L'augmentation sera encore plus marquée dans l'ouest de l'île de Montréal.

Source : Institut de la statistique du Québec — projection de population 2011-2036



NOS PROFESSIONNELLES À L'AVANT-SCÈNE



KATHRYN ARCUDI



LINDA FALCON

PHOTO : ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC

KATHRYN ARCUDI, diététicienne et éducatrice certifiée en diabète, est nommée coprésidente de la division professionnelle de Diabète Canada. Elle œuvre entre autres à la Clinique du diabète gestationnel de l'Hôpital général du Lakeshore.

LINDA FALCON, nutritionniste au Programme des troubles de l'alimentation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, a reçu le Prix d'excellence en carrière remis par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, en reconnaissance de son travail exceptionnel.



QUE SERAIENT NOS ÉTABLISSEMENTS SANS BÉNÉVOLES?

Les bénévoles font
partie d'une riche
tradition d'engagement
communautaire dans
l'ensemble de notre réseau.



Ils donnent de leur temps, manifestent leur empathie et offrent leur savoir-faire à nos milliers d'utilisateurs, de patients, de résidents, de bénéficiaires et d'employés. Par leurs actions quotidiennes, ils contribuent au mieux-être de toute une population.



NOMBRE DE
BÉNÉVOLES

2 000



ÉTABLISSEMENTS

120 632

HEURES DE
BÉNÉVOLAT





D **DIRECTION**
du soutien à
l'autonomie
des personnes
âgées

RÉADAPTATION, ACCOMPAGNEMENT ET SOUTIEN À DOMICILE. NOTRE POPULATION VIEILLIT. NOS SOINS ET SERVICES ÉVOLUENT. POUR FAVORISER L'AUTONOMIE ET MAINTENIR LES LIENS SOCIAUX ET FAMILIAUX. LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE.

VOTRE AUTONOMIE. VOTRE VIE. NOTRE APPUI.

Vous venez d'obtenir votre congé de l'hôpital après un court séjour, mais n'avez pas encore retrouvé votre totale autonomie? Rassurez-vous, nos professionnels en soins post-aigus vous permettront de retourner à domicile en vous offrant des soins et des services de récupération et de réadaptation adaptés à vos besoins. Pour mieux servir notre population, nous avons ouvert une unité de 27 lits à l'ex-Hôpital général de Lachine en octobre 2017 et amélioré nos services de soins post-aigus au Centre d'hébergement de LaSalle. En août de la même année, nous avons déjà ajouté six lits de soins post-aigus à l'Hôpital Sainte-Anne, où notre grande expertise en gériatrie pourra bénéficier à tous.

TOUR D'HORIZON

4 LIEUX OFFRENT
DES SOINS
POSTAIGUS



- Centre d'hébergement de LaSalle
- Hôpital Sainte-Anne
- Ex-Hôpital général de Lachine
- Résidence Le Vivalis

DES PROFESSIONNELS À VOS CÔTÉS



LES ÉQUIPES DU PROGRAMME DE SOINS POSTAIGUS SONT COMPOSÉES D'INFIRMIÈRES, D'ERGOTHÉRAPEUTES, DE PHYSIOTHÉRAPEUTES, DE TRAVAILLEURS SOCIAUX, DE THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE, DE PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES, DE NUTRITIONNISTES ET DE MÉDECINS.





NOTRE SOUTIEN À DOMICILE EN BREF

637 551



HEURES DE SERVICES OFFERTS EN PRÉSENCE DE L'USAGER



691 360

INTERVENTIONS

3 378

NOMBRE D'USAGERS EN PERTE D'AUTONOMIE DESSERVIS



PHOTO : BIG STOCK

ET DE 100 BOUGIES!



Avec un brin d'émotion, l'Hôpital Sainte-Anne a souligné son centenaire lors d'une belle cérémonie commémorative. L'occasion pour lui de se rappeler que, depuis sa fondation en 1917, ses équipes prodiguent des soins et des services à nos anciens combattants. Aujourd'hui, l'Hôpital accueille également une population civile et offre son expertise en gériatrie à tous ses résidents.

LE SAVIEZ-VOUS?

Les anciens combattants résidant à l'Hôpital Sainte-Anne ont combattu lors de la Deuxième Guerre mondiale ou lors de la guerre de Corée.

SKYPE : UNE FENÊTRE VERS VOS PROCHES

Chaque semaine, par le biais du logiciel d'appel vidéo Skype, nos résidents de l'Hôpital Sainte-Anne peuvent discuter avec leurs familles et leurs amis, où qu'ils soient dans le monde. Dans un reportage diffusé sur la chaîne de télévision TV5, l'émission *Sacrés objets* démontre comment la technologie brise l'isolement chez des personnes âgées résidant dans des centres d'hébergement de soins de longue durée. Deux de nos pensionnaires ont pu y montrer comment ils maintiennent des liens familiaux et amicaux bien vivants.

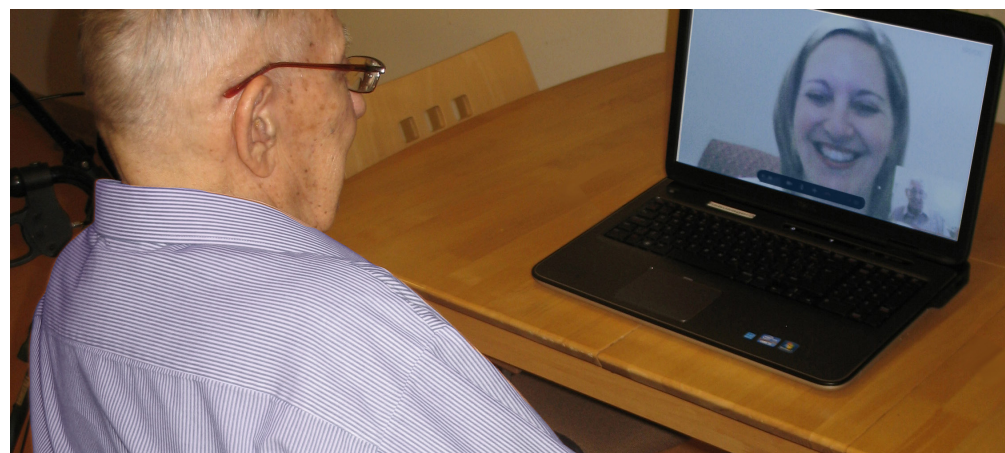


PHOTO : CUISSON ODIM



► **DIRECTION**
de la protection
de la jeunesse

PROTÉGER. ASSURER LE BIEN-ÊTRE DE NOS ENFANTS ET DE NOS JEUNES. ACCOMPAGNER LEURS PARENTS. FAVORISER L'ADOPTION. EFFACER LES DIFFÉRENCES CULTURELLES ET LINGUISTIQUES. PARTAGER NOTRE EXPERTISE AVEC LA COMMUNAUTÉ. NOTRE VOCATION.

BIEN SE COMPRENDRE DANS L'INTÉRÊT DE L'ENFANT

Immigrer est souvent un déchirement. Quitter les siens et trouver asile au Canada. Un départ vers l'inconnu. Une arrivée dans un pays où la langue et la culture sont autant d'obstacles à surmonter. Sur le chemin de l'adaptation, certaines familles immigrantes doivent composer avec les travailleurs sociaux de la protection de la jeunesse. Leurs craintes? Se faire enlever leurs enfants. Pour s'affranchir des barrières linguistiques et culturelles, certains de nos employés utilisent leur langue maternelle (roumain, créole haïtien, etc.) pour créer des ponts avec des familles de la même origine. Tenir compte des aspects socioculturels est l'une de nos forces. Grâce à cela, nous changeons les comportements des adultes et réussissons à bien protéger nos jeunes citoyens.



PRÉOCCUPONS-NOUS DE LA PLACE QUE NOUS ACCORDONS À NOS ADOLESCENTS ET DE LA VOIX QUE NOUS LEUR DONNONS. C'ÉTAIT LE MESSAGE LIVRÉ EN FILIGRANE DU 14^e BILAN ANNUEL DES DIRECTRICES ET DIRECTEURS DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE EN SEPTEMBRE 2017.



BILAN COMPARATIF 2016-2017 > 2015-2016

3 414

SIGNALEMENTS
REÇUS

HAUSSE DE
7,2 %



1 711

SIGNALEMENTS
RETENUS

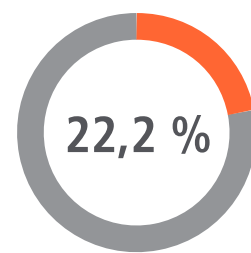
BAISSE DE
4,4 %



380

SIGNALEMENTS
CONCERNANT
DES ADOLESCENTS

DE 13 À
17 ANS



DES SIGNALEMENTS
RETENUS



SENSIBILITÉ CULTURELLE À FLEUR DE PEAU

Chaque enfant a le droit de préserver sa langue, son identité, sa culture, sa religion. Rien n'est moins vrai pour les enfants autochtones relevant de la protection de la jeunesse. Pour intégrer cette réalité, les employés des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw sont sensibilisés, formés et peuvent contacter un conseiller culturel de la communauté à laquelle appartient la famille. Une manière de faciliter la compréhension et de tisser des liens.

SAVIEZ-VOUS QUE?

Notre direction de la protection de la jeunesse a embauché un conseiller ethnoculturel spécialisé dans tous les aspects de la protection de la jeunesse. Véritable lien avec les organisations communautaires, cet expert nous aide à approcher et à travailler avec des familles de différentes cultures et religions.

LES CENTRES BATSHAW ATTIRENT LA CORÉE



En septembre, notre équipe responsable de l'adoption a eu l'honneur d'accueillir en visite une délégation de travailleurs sociaux en provenance de Corée du Sud, ainsi que l'organisme Enfants d'Orient et d'Occident et le Secrétariat à l'adoption internationale. Une occasion unique pour découvrir les pratiques et lois sud-coréennes en matière d'adoption.

... ET LA CHINE



En novembre, c'était au tour de 20 procureurs généraux de la province chinoise du Gansu, en Chine, de faire le déplacement. Ils ont rencontré des employés de nos services relatifs aux jeunes contrevenants et ont pu en apprendre plus sur l'application et la philosophie de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, ainsi que sur nos programmes et services.



DIRECTION
des programmes
de santé mentale
et dépendances

INTÉGRER LE CLINIQUE, L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE. POUR VOUS OFFRIR DES SERVICES À LA FINE POINTE. APPROCHER LA SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE COMME UN TOUT. POUR VOUS GUIDER VERS VOTRE PLEINE AUTONOMIE ET VOUS ASSURER UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE.

ACCÈS AUX SERVICES PSYCHOLOGIQUES : UN CENTRE UNIQUE AU QUÉBEC

Regrouper, en un seul lieu, toutes les ressources psychologiques et neuropsychologiques traitant les troubles psychotiques, nous l'avons imaginé. Nous l'avons réalisé à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

CENTRE
D'INTERVENTION
PSYCHOLOGIQUE
PERSONNALISÉE
POUR LA
PSYCHOSE



+ de 250
PATIENTS



AUGMENTATION
DE L'ACCESSIBILITÉ À
LA PSYCHOTHÉRAPIE :

50% ↑

Une équipe de chercheurs et d'étudiants spécialisés dans le domaine des interventions psychologiques est aussi présente sur place. Environnement de recherche dynamique, le Centre permettra de développer et de tester de nouvelles interventions psychologiques, de comprendre les différences individuelles de réponse au traitement et d'explorer l'impact des interventions sur la plasticité du cerveau.

AU CŒUR DE L'INNOVATION ET DE L'ENSEIGNEMENT



- Collaborations scientifiques locales, nationales et internationales pour développer des interventions psychologiques novatrices.
- Milieu unique d'enseignement clinique où l'expertise de nos cliniciens est transmise.





UNE URGENCE RÉNOVÉE

Fin avril, les équipes de l'urgence et de l'unité d'intervention brève (UIB) de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas ont pu s'acclimater à leur environnement de travail. Un aménagement lumineux et apaisant.

CAPACITÉ

6 CIVIÈRES POUR L'URGENCE



12 LITS POUR L'UIB



PHOTO : CIUSSS ODIM



AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DE NOS PATIENTS

À L'EX-HÔPITAL GÉNÉRAL DE LACHINE, NOUS AVONS OUVERT UNE UNITÉ DE VIE EN SANTÉ MENTALE DE 30 LITS POUR LES PERSONNES DÉSIGNÉES « PATIENTS DE NIVEAU DE SOINS ALTERNATIF » QUI PRÉSENTENT DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE SÉVÈRES. AU SEIN D'ÉTABLISSEMENTS MONTRÉALAIS, CES PATIENTS ATTENDAIENT, DEPUIS DES ANNÉES, D'ÊTRE ADMIS DANS UN MILIEU DE SOINS PLUS ADAPTÉ À LEURS BESOINS. NOUS AVONS AUSSI CRÉÉ 27 PLACES TEMPORAIRES D'HÉBERGEMENT EN SANTÉ MENTALE (RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL) ET TRAVAILLONS À LA CRÉATION DE 60 NOUVELLES PLACES PERMANENTES.

UNE CLINIQUE SATELLITE POUR TRAITER LES TRAUMATISMES LIÉS AU STRESS OPÉRATIONNEL

Située à Longueuil, cette clinique facilitera l'accès aux services de 3^e ligne aux vétérans, aux militaires, aux actifs et aux retraités de la Gendarmerie royale du Canada se trouvant notamment sur la Rive-Sud de Montréal et en Montérégie.

Ces personnes représentent plus de 40 % de nos patients fréquentant notre clinique « mère » située à l'Hôpital Sainte-Anne (Sainte-Anne-de-Bellevue). À terme, nous pourrions y accueillir jusqu'à 150 clients.



PHOTO : PRESSE CANADIENNE LARS HAGBERG



► **DIRECTION**
des affaires
universitaires,
enseignement
et recherche

**APPUYER NOTRE ENSEIGNEMENT.
SOUTENIR NOTRE RECHERCHE. ÉVALUER
LES PRATIQUES INNOVANTES. TRANSMETTRE
NOS CONNAISSANCES. FAIRE VIVRE NOTRE
MISSION UNIVERSITAIRE.**

ETMI AU QUÉBEC : UNE AFFAIRE DE COLLABORATION ET D'EXCELLENCE

ETMI. Derrière ces quatre lettres se cache une méthode d'aide à la prise de décision basée sur des données probantes et largement reconnue dans le domaine de la santé. Ici ou à l'international. Lors du 85^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir, notre Direction est fière d'avoir réuni l'ensemble des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) en services sociaux du Québec. Lucie Charlebois, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie, a prononcé le discours d'ouverture de la journée.

JEUX DE HASARD ET D'ARGENT : MOBILISONS NOS CONNAISSANCES POUR TRANSFORMER LES PRATIQUES



Le 6 juin 2017, notre chercheur Michel Perreault et son équipe ont convié des chercheurs et des intervenants répartis sur 16 sites au Québec à une formation croisée sur les dépendances. Suivie par Facebook Live (5 000 vues), ce type de formation est utilisée pour améliorer le fonctionnement des services en réseau.





PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Notre CIUSSS est l'hôte du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé de Montréal, travaillant de concert avec le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

En octobre 2017, nous avons participé à la mise sur pied de la conférence *Indigenous Experiences in Wellness and Suicide Prevention* avec l'Organisation panaméricaine de la santé. Plus de 15 communautés des trois Amériques ont partagé leurs savoirs et leurs expériences.

COUP DE CHAPEAU



- À la D^{re} Miriam Boillat pour son Prix Ian McWhinney récompensant une contribution exceptionnelle à l'éducation en médecine familiale (Université McGill);
- À l'équipe de pharmaciens de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas pour son prix d'excellence d'engagement exemplaire auprès des étudiants de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal (Forum pour l'avancement de la pratique pharmaceutique).

NOTRE APPUI À L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE



ENSEIGNEMENT
NON MÉDICAL



1 076

STAGES ÉTUDIANTS



ENSEIGNEMENT
MÉDICAL



870

STAGES D'ÉTUDIANTS
DE NIVEAU RÉSIDENCE

UN GUICHET UNIQUE
POUR LE SOUTIEN
À LA RECHERCHE

89

NOUVEAUX PROJETS ONT ÉTÉ
AUTORISÉS EN 2017-2018





CENTRES de recherches

UN CENTRE DE RECHERCHE DU FONDS DE RECHERCHE DU QUÉBEC – SANTÉ (FRQS)

62  **CHERCHEURS PRINCIPAUX**

8  **CHAIRES DE RECHERCHE DU CANADA**

 **237** **ÉTUDIANTS FORMÉS**



 **29** **BOURSIERS**

 **+ de 460**

PUBLICATIONS DANS DES REVUES SCIENTIFIQUES À PORTÉE INTERNATIONALE



PHOTO : MEDICAL NEWS TODAY

LE CENTRE DE RECHERCHE DE L'HÔPITAL DOUGLAS

POUR LA 8^E ANNÉE CONSÉCUTIVE, LE CENTRE DE RECHERCHE SE CLASSE EN 2017 DANS LE TOP 40 DES HÔPITAUX DE RECHERCHE CANADIENS INVESTISSANT LE PLUS EN RECHERCHE, UN CLASSEMENT ÉTABLI PAR RESEARCH INFOSOURCE.

UN CENTRE TOURNÉ VERS LE GRAND PUBLIC ET LES CLINIENS

- Le chercheur Alain Brunet reçoit le prix annuel de la principale de l'Université McGill pour l'information du public dans les médias.
- Le 9 février s'est tenu à guichet fermé le colloque Prévenir le suicide : de la recherche à l'intervention, fruit d'une collaboration entre le Centre de recherche, la Direction des programmes de santé mentale et dépendances, le Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés (RQSHA) et la Direction des affaires universitaires, enseignement et recherche.

UNE ANNÉE RICHE EN RECONNAISSANCES



Le Dr Gustavo Turecki obtient une chaire de recherche du Canada sur les troubles dépressifs graves et le suicide;



La chercheuse Brigitte Kieffer reçoit les insignes d'Officier de l'Ordre national du Mérite (France);



Le Dr Serge Gauthier, neurologue et chercheur clinicien, est fait chevalier de l'Ordre national du Québec;



Au Parlement européen à Bruxelles, Robert Whitley, chercheur, parle du suicide chez les hommes dans le cadre de la journée mondiale de la santé dédiée à la dépression.

LE CENTRE DE RECHERCHE DE ST. MARY

L'UNIVERSITÉ MCGILL RECONNAÎT L'EXPERTISE SINGULIÈRE DU CENTRE

Dans son évaluation scientifique portant sur les cinq dernières années, l'Université McGill reconnaît le caractère exceptionnel du Centre en matière de recherche. Des recherches sur les services de santé enchâssées dans les pratiques hospitalières et tournées vers les spécificités de la population de son territoire. Une niche scientifique dans laquelle le Centre de recherche continue de faire sa marque.

Dans son rapport, l'établissement universitaire montréalais souligne l'évolution et la consolidation des thématiques de recherche autour du déploiement des soins de première et de deuxième ligne. Le tout dans une optique centrée sur le patient et misant sur l'autogestion des soins.

COUP DE PROJECTEUR



Sylvie Lambert obtient une chaire de recherche du Canada en soutien à l'autogestion durable pour les personnes atteintes de cancer et leurs aidants naturels;



Wenhua Wang, postdoctorant, décroche le *Steinberg Global Health Postdoctoral Fellowship* pour évaluer les soins de santé primaires en Chine, sous la supervision de la chercheuse Jeannie Haggerty.

3  CHERCHEURS PRINCIPAUX

1  CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA

 24 ÉTUDIANTS FORMÉS

 32

PUBLICATIONS DANS DES REVUES SCIENTIFIQUES À PORTÉE INTERNATIONALE



PHOTO: FREEPIK



DIRECTIONS de soutien

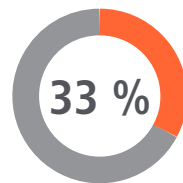
SOUTENIR. VALIDER. CONCRÉTISER. NOTRE CIUSSS, C'EST AUSSI... DES TRAVAILLEURS DE L'OMBRE SANS LESQUELS NOS PROJETS NE VERRAIENT PAS LE JOUR.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES

De 8 à 1

>>> LOGICIELS

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques uniformise l'utilisation d'une base de données informatique dédiée aux « ressources humaines et à la paie ». Désormais, nos huit installations emploient un seul et même logiciel.



HAUSSE DES EMBAUCHES PAR RAPPORT À 2016-2017

>>> 1 800 NOUVEAUX EMPLOYÉS

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES



UN CIUSSS EN BONNE SANTÉ FINANCIÈRE GRÂCE AU TRAVAIL QUOTIDIEN DE

128 PERSONNES

DIRECTION DE LA LOGISTIQUE

🛒 1 + 1 = 3

GESTION CONTRACTUELLE, ACHATS, MAGASINS, TRANSPORT OU ENCORE DISTRIBUTION. LA DIRECTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DE LA LOGISTIQUE OPTIMISE NOS ACTIVITÉS HUMAINES. EN CONTINU.

67 500



BONS DE COMMANDE PAR ANNÉE

445 500



LIGNES DE LIVRAISONS SUR LES UNITÉS PAR ANNÉE



DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES ET DU GÉNIE BIOMÉDICAL

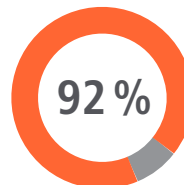
5 885 >> **15**
COMPTES DE COURRIEL JOURS

Deux chiffres pour caractériser l'ampleur du travail réalisé par la Direction des ressources informationnelles et du génie biomédical, lors de la migration du service de messagerie électronique vers Microsoft Outlook.

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

7 DE NOS 8 CHSLD >>>

PROPOSENT UNE NOUVELLE OFFRE ALIMENTAIRE ÉQUITABLE ET SÉCURITAIRE INCLUANT DES MENUS VARIÉS, COLORÉS ET NUTRITIFS



DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS PROFITENT DE CETTE AMÉLIORATION

DIRECTION ACCÈS, QUALITÉ, PERFORMANCE ET BUREAU DE PROJETS

LA SÉCURITÉ DES PATIENTS : TOUJOURS UNE PRIORITÉ

La Direction accès, qualité, performance et bureau de projets a développé deux aide-mémoires, dont *Cinq questions à poser au sujet de vos médicaments* conçu pour vous aider à mieux comprendre et à prévenir les préjudices causés par les erreurs médicamenteuses.



Les liens qui nous unissent



RAPPORT ANNUEL
DE GESTION

BILAN ET PERSPECTIVES

17 / 18

1^{er} AVRIL 2017

31 MARS 2018

TABLE DES MATIÈRES

Section 1 – Le message des autorités.....	4
Section 2 – La déclaration de la fiabilité des données	5
Section 3 – La présentation de l'établissement et faits saillants	6
L'établissement.....	6
L'organigramme au 31 mars 2018.....	8
Le conseil d'administration.....	9
Les comités, les conseils et les instances consultatives.....	10
Les faits saillants.....	16
Section 4 – Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI)	17
Section 5 – Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	23
L'agrément.....	23
La sécurité et la qualité des soins et des services	23
Mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité suite aux recommandations formulées par les instances suivantes.....	26
Les personnes mises sous garde	28
L'examen des plaintes et la promotion des droits	29
L'information et la consultation de la population.....	32
Section 6 – L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	33
Section 7 – Les ressources humaines	34
Tableau des ressources humaines au 31 mars 2018	34
Section 8 – Les ressources financières	36
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	36
L'équilibre budgétaire	36
Les contrats de service	37
Section 9 – L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	38
Annexe 1 – Code d'éthique.....	48
Annexe 2 – Statistiques - Direction de la protection de la jeunesse	69

Adopté par le conseil d'administration le 13 juin 2018.

SECTION 1 – LE MESSAGE DES AUTORITÉS

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

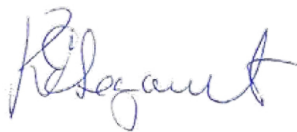
À l'an 3 de la plus ambitieuse transformation jamais réalisée dans le réseau de la santé, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'appuie déjà sur des structures organisationnelles solidement ancrées. Ces fondations maintenant en place nous donnent l'élan d'affirmer notre leadership dans la matérialisation d'une vision porteuse pour notre population.

Ce sont nos employés qui portent cette vision par leur engagement quotidien. Un travail d'une grande qualité qui s'incarne dans plusieurs projets significatifs pour nos patients et nos usagers, soit à travers le Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme, en améliorant l'accès à nos services. Ou bien par le biais de la maison ASPIRE, une ressource résidentielle permettant à des jeunes placés en foyer de groupe ou en unité supervisée d'atteindre leur pleine autonomie.

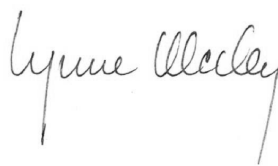
Toute l'organisation s'est aussi investie dans l'amélioration de la fluidité dans nos urgences, qui exige une attention de tous les instants. À preuve, les mesures structurelles et ponctuelles mises en place dès le jour 1 de notre CIUSSS pour les désengorger montrent leur efficacité. Parmi celles-ci, la reconfiguration de l'unité de soins intensifs et de soins cardiaques de l'Hôpital général du Lakeshore a permis de traiter des centaines de patients de plus par année. En parallèle, une équipe interdisciplinaire dédiée à l'urgence de cet établissement évalue quotidiennement les patients de 75 ans et plus les plus aptes à quitter notre établissement pour retourner dans leur milieu de vie.

Vous le constaterez à la lecture de ce rapport annuel de gestion, ces exemples et plusieurs autres avancées significatives au plan clinique, administratif, financier, de l'enseignement et de la recherche, sont les résultats d'une culture fondée sur le travail d'équipe et l'excellence de ses employés. Des forces investies au quotidien pour le bien-être de notre population et de nos usagers.

Bonne année 2018-2019 !



Richard Legault
Président du conseil d'administration



Lynne McVey
Présidente-directrice générale

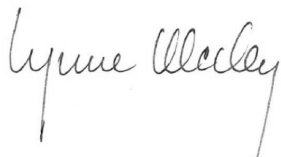
SECTION 2 – LA DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

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 de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.



Lynne McVey

Présidente-directrice générale

SECTION 3 – PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

L'ÉTABLISSEMENT

MISSION ET PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS

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

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

- L'établissement est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS) constitué des réseaux locaux de services (RLS) de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-LaSalle;
- Il a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- Il assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- Il veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire et à la collaboration avec les établissements des territoires sur lesquels ses installations se trouvent dans le cadre de ses multiples missions, et ce, en fonction des besoins de sa population, sa clientèle et de ses réalités territoriales;
- Il conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

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

De par la nature de ses établissements constitutifs, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal couvre les cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, lui permettant ainsi d'assurer une meilleure intégration de ses services à sa population et à ses clientèles. Entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018, l'établissement exploitait :

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

DÉSIGNATION UNIVERSITAIRE ET PRINCIPAUX SERVICES

Désigné universitaire en raison de la présence dans sa région sociosanitaire d'une université offrant un programme complet d'études prédoctorales en médecine et des autres professions de la santé et des services sociaux, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal compte deux installations ayant une désignation universitaire, soit l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et le Centre hospitalier de St. Mary, ainsi que deux centres de recherche : le Centre de recherche de l'hôpital Douglas, accrédité par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et 2^e centre le plus performant au Canada dans son domaine, et le Centre de recherche de St. Mary.

Ce sont 1 950 stages universitaires qui ont été effectués cette année dans les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal : 870 stages d'étudiants de niveau résidence en médecine et 1 080 stages non médicaux (services sociaux, soins de santé, génie, administration, ressources humaines, etc.). En outre, environ 260 étudiants chercheurs ont été formés dans les deux centres de recherche.

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

VOCATION RÉGIONALE ET SUPRARÉGIONALE

À ces services s'ajoute le mandat provincial qui revient au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal d'offrir des soins et des services ultraspecialisés dans le domaine des troubles de l'alimentation, ainsi que celui d'offrir des services de protection de la jeunesse et des services résidentiels de réadaptation en langue anglaise à tous les jeunes de la province qui les requièrent. Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal offre aussi des services de deuxième ligne en santé mentale aux communautés autochtones de Nunavik et Cree de la Baie James.

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

En date du 31 mars 2018, il était constitué des installations suivantes :

Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM)
Réseau local de services (RLS) de Dorval-Lachine-LaSalle
<ul style="list-style-type: none">• CLSC de Dorval-Lachine• CLSC de LaSalle• CHSLD Dorval• CHSLD Lachine• CHSLD LaSalle• CHSLD Nazaire-Piché• Unité d'hébergement de l'Hôpital de LaSalle• Hôpital de LaSalle (HL)
Réseau local de services (RLS) de l'Ouest-de-l'Île
<ul style="list-style-type: none">• CLSC de Pierrefonds• CLSC du Lac-Saint-Louis• CHSLD Denis-Benjamin Viger• Hôpital général du Lakeshore
Centre de soins prolongés Grace Dart (Grace Dart)
Centre hospitalier de St. Mary (CHSM)
Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Centres Batshaw)
Hôpital Sainte-Anne (HSA)
Institut universitaire en santé mentale Douglas (Institut Douglas)

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

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Aucun cas n'a été traité ou manquement constaté cette année. Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs de conseil d'administration se trouve à l'annexe 1 du présent rapport.

LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

COMITÉ DE GOUVERNANCE, ÉTHIQUE, RESSOURCES HUMAINES ET ADMINISTRATION

M. Marcel Villeneuve	Président
M ^{me} Isabelle Brault	
Dr Nebojsa Kovacina	
M ^{me} Judy Martin	
M. Richard Legault	Président du conseil d'administration
M. Benoit Morin	Président-directeur général

COMITÉ DE VÉRIFICATION

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

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

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

COMITÉ DE RÉVISION

M ^{me} France Desjardins	Présidente
D ^{re} Isabelle Girard	
D ^{re} Chryssi Paraskevopoulos	

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES

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

COMITÉ DES USAGERS ET RÉSIDENTS

M ^{me} Micheline Béland	Présidente Dorval-Lachine-LaSalle, comité des usagers
M ^{me} Evelyn Meaney	Vice-présidente Ouest-de-l'Île, comité des usagers
M. John Brkich	Trésorier Grace Dart, comité des usagers
M. Elgadi Abdelkarim	Institut Douglas, comité des usagers
M ^{me} Ilona De Montgazon	Centres Batshaw, comité des résidents
M ^{me} Diane Sabourin	CROM, comité des usagers
M. Claude St-Pierre	CHSLD Denis-Benjamin-Viger, comité des résidents

COMITÉ DES AFFAIRES POPULATIONNELLES ET DES PARTENARIATS

M ^{me} France Desjardins	Présidente
M ^{me} Micheline Béland	
M ^{me} Marianne Ferraiuolo	
M ^{me} Maya Nassar	
M. Gary Wittaker	
M. Richard Legault	Membre ex officio, Président du conseil d'administration
M. Benoit Morin	Membre ex officio, Président-directeur général

COMITÉ D'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES

M ^{me} Isabelle Brault	Présidente
D ^r Samuel Benaroya	Vice-président
M ^{me} Micheline Béland	
D ^r Nebojsa Kovacina	
M. Richard Legault	Président du conseil d'administration

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Dr Marcel Fournier	Président Centre hospitalier de St. Mary
D ^{re} Hélène Daniel	Vice-présidente CLSC Pierrefonds
Dr Alfred Homsy	Vice-président Dorval-Lachine-LaSalle
D ^{re} Joan Mason	Secrétaire Institut Douglas
Dr Mathieu Walker	Trésorier Centre hospitalier de St. Mary
Dr Henry Jay Biem	Hôpital general du Lakeshore
D ^{re} Catherine Duong	Dorval-Lachine-LaSalle
D ^{re} Marie-Christine Godin	CHSLD
Dr Tom Kaufman	Hôpital general du Lakeshore
Dr Eric Tremblay	Centre hospitalier de St. Mary
Dr Frederique Van Den Eynde	Institut Douglas
Dr Suj Sivaraman	Représentant Conseil d'administration
D ^{re} Nadine Larente	Directrice des services professionnels
M. Benoit Morin	Président-directeur général

CONSEIL DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES (CII)

M ^{me} Madeleine Senosier	Présidente Direction des soins infirmiers
M ^{me} Maya Nassar	Vice-présidente Direction de la protection de la jeunesse
M ^{me} Joy Théodore	Trésorière Directions de soutien
M ^{me} Diane Babin	Infirmière cooptée
M ^{me} Carolynne Brown	Infirmière cooptée
M ^{me} Lea Anne Hogan	Direction des services professionnels
M. Christian Larrivée	Direction santé mentale et dépendances
M ^{me} Karine Mayas	Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées
M ^{me} Cora Ringuette	Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
M. Yves Théberge	Infirmier coopté
M ^{me} Geneviève Ménard	Directrice des services infirmiers
M. Benoit Morin	Président-directeur général

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

M ^{me} Monique Laverdure	Présidente Centres Batshaw
M ^{me} Marianne Ferraiuolo	Vice-présidente CLSC Pierrefonds
M ^{me} Monique Bureau	Secrétaire Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
M ^{me} Flora Masella	Trésorière Centre hospitalier de St. Mary
M. Jerry Belony	Institut Douglas
M ^{me} Laura Carfagnini	Centre hospitalier de St. Mary
M ^{me} Sonia Cisternas	Dorval-Lachine-LaSalle
M ^{me} Vanessa Colarusso	Centres Batshaw
M ^{me} Shannon Conway	Hôpital Sainte-Anne
M ^{me} Angela Ly	Centre hospitalier de St. Mary
M ^{me} Kaitlin Rollins	CLSC Pierrefonds
M ^{me} Kenza Sassi	Ex-Hôpital Lachine
M ^{me} Venise Calluzzo	Adjointe à la directrice des services multidisciplinaires
M ^{me} Sophie Ouellet	Directrice des services multidisciplinaires
M. Benoit Morin	Président-directeur général

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES SAGES-FEMMES

M ^{me} Cynthia Perreault	Présidente
M ^{me} Trista Leggett	Vice-présidente
M ^{me} Rachida Amrane	Secrétaire
M ^{me} Christiane Léonard	Responsable des services de sage-femme
M. Benoit Morin	Président-directeur général

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Vacant	Président
M ^{me} Christiane Léonard	Vice-présidente Responsable des services de sage-femme
M ^{me} Brigitte Lefebvre	Secrétaire Adjointe à la direction qualité, gestion des risques et éthique
M ^{me} Manon Allard	Directrice adjointe accès à l'épisode de soins hospitaliers (DSI)
M ^{me} Brigitte Auger	Directrice programmes DI-TSA-DP
M ^{me} Nadine Bergeron	Adjointe au directeur SAPA
M. Bernard Cyr	Directeur adjoint opérations DSP
M ^{me} Assunta Gallo	Directrice de la protection de la jeunesse
M ^{me} Anca Ghiran	Chef de service gestion des risques
M ^{me} Najia Hachimi-Idrissi	Directrice des programmes santé mentale et dépendances
M ^{me} Stéphanie Iasenza	Directrice adjointe des pratiques professionnelles et interdisciplinaires (CM, DSM)
M ^{me} Katherine Moxness	Directrice du programme jeunesse
M ^{me} Maya Nassar	Infirmière clinicienne (CECII)
M ^{me} Merilyne Ng Ah Chey	Usagère
M ^{me} Hélène Paradis	Pharmacienne
M ^{me} Sarah-Beth Trudeau	Directrice adjointe intérimaire planification, performance, bureau de projet, reddition de comptes, qualité, gestion des risques et éthique
Vacant	Membre du CMDP
Vacant	Membre du comité des usagers

Autres comités et instances consultatives

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

LES FAITS SAILLANTS

Les faits saillants font l'objet d'un tiré à part qui est considéré comme faisant partie intégrante du présent rapport annuel de gestion. Les deux documents respectent ainsi la circulaire portant sur le rapport annuel de gestion des établissements publics et privés et des autorités régionales.

SECTION 4 – LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ (EGI)

CHAPITRE III : ATTENTES SPÉCIFIQUES

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Santé publique			
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	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 « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006.	Réalisé	
Services sociaux			
Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	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.	Réalisé	
Poursuivre la mise en oeuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Assurer la mise en oeuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Le 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.	Réalisé	
Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée public	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.	Réalisé	
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	Prévu pour le 31 mai 2018	Le plan est complété et sera transmis à la date prévue à l'EGI.
Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	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.	Réalisé	

Services de santé et médecine universitaire			
Organisation et harmonisation des soins et des services en santé mentale à Montréal	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.	Réalisé	
Organisation cohérente du continuum de services spécialisés de santé mentale dans le réseau territorial de services (RTS) du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Contribuer à la mise en place d'une offre de services cohérente de services spécialisés de santé mentale dans le territoire de RTS du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, en appliquant intégralement les mesures définies par le MSSS et les partenaires selon les délais établis.	Réalisé	
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	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.	Réalisé	
État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	Réalisé	
État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	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.	Réalisé	
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	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.	Réalisé	
Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	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.	Réalisé	
Financement, infrastructures et budget			
Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	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.	Réalisé	
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	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.	Réalisé	

Coordination réseau et ministérielle			
Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : - de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; - 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; - de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	Réalisé	
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et services sociaux	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 : - maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; - compléter la phase d'établissement du contexte du processus; - compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	Réalisé	
Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	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.	Reporté à une date indéterminé par le MSSS	
État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	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.	Réalisé	
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	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.	Réalisé	
Niveaux de soins alternatifs (NSA) (addenda)	Le gabarit fourni contient quelques rappels importants ainsi que des questions à développement permettant de faire le point sur les pratiques essentielles à opérationnaliser. Voici des thèmes qui y seront abordés : · Concept NSA et processus d'orientation; · Cas complexes; · Filet de sécurité SAD; · NSA en ressource de réadaptation intensive.	Réalisé	

CHAPITRE IV : ENGAGEMENTS ANNUELS

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
Santé publique- Infections nosocomiales				
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70	72,5	80	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95	100	95	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95	100	95	L'engagement convenu dans l'EGI est 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	95	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
1.01.19.03-PS 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)	95	N/D	N/A	N/A
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie				
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	32	29	38	La situation d'engagement et le travail de fluidité à l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore ont retardé le déploiement des 3 autres lits qui étaient planifiés.
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
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	0	100	De façon globale l'implantation des composantes 1, 2 et 6 est réalisée à 83.5%. Cependant, il faut que chacune des composantes soit complètement implantée pour compter pour 33.3% de l'atteinte de l'engagement et que les 3 composantes soient implantées pour atteindre 100% de notre engagement. Dans le présent cas, comme aucune des 3 composantes n'est implantée à 100%, nous obtenons 0%. Ce résultat est stable par rapport à l'année précédente. La formation de l'équipe multidisciplinaire en gériatrie sera entreprise quand les cibles de formation auront atteint un niveau acceptable. Les critères et les procédures d'accès à cette équipe seront étudiés en même temps.
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	66,7	33,3	100	De façon globale l'implantation des composantes 3, 4 et 5 est réalisée à 52.5%. Cependant, il faut que chacune des composantes soit complètement implantée pour compter pour 33.3% de l'atteinte de l'engagement et que les 3 composantes soient implantées pour atteindre 100% de notre engagement. Dans le présent cas, comme seulement 1 des 3 composantes est implantée à 100%, nous obtenons 33.3%. Ce résultat représente une légère augmentation par rapport à l'année précédente. La reprise des formations cette année ainsi que le déploiement des formations seront accentués au cours de l'année 2018-2019. Nous préparons également la formation en lien avec le déploiement du profil AINÉS. Il y a eu plusieurs changements d'acteurs au sein de l'équipe de travail de l'AAPÀ qui a ralenti l'avancement des travaux en lien avec l'ensemble des composantes.
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	100	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
1.03.13 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	80	72,5	N/A	Nous avons réalisé notre engagement 2017-2018 à 95,7%. Il y a eu une perte de 3,2 points de pourcentage par rapport à 2016-2017. Le MSSS inclut des données des CHSLD privés pour les achats de places en lien avec la cible 0 NSA. Cela implique l'admission des patients avec profil ISO SMAF de moins de 10. Le résultat à la P13 excluant les CHSLD privés représente plutôt 83,97%, ce qui est supérieur à notre engagement de 80%.
Soutien à domicile de longue durée				
1.03.05.01 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	630 414	730 332	N/A	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint
1.03.11 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5 792	5 540	4 983	Nous avons réalisé notre engagement 2017-2018 à 95,7%. Ce résultat est plutôt stable par rapport à celui de 2016-2017. Nos intervenants étaient très mobilisés par le déploiement des OCCI (formation, libération d'intervenants pour assurer la formation et le déploiement, adaptation nécessaire des utilisateurs aux nouveaux outils).
1.03.12 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 SAPA, DP et DI-TSA)	90	74,3	90	L'engagement convenu dans l'EGI n'est pas atteint. Nous avons réalisé notre engagement 2017-2018 à 82,6%. Il y a une amélioration notable de 13,6 points de pourcentage par rapport au résultat de 2016-2017. Il y a eu un rattrapage intensif de la mise à jour OEMC et plan d'intervention ainsi qu'une utilisation accrue des rapports personnalisés produits à l'interne pour orchestrer le travail et les dossiers prioritaires. Il y a eu aussi la participation à titre de site pilote au déploiement des OCCI et à la création de rapports personnalisés pour suivre le taux d'achèvement des OEMC et plans d'interventions.
1.03.14 Nombre total d'heures de services 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	597 126	648 483	N/A	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
1.03.15 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile longue durée (adulte des programmes-services SAPA, DP et TSA) ayant un profil ISO- SMAF de 4 à 14	3 369	3 370	N/A	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	870	795	963	Des travaux sont prévus dès le début de l'année 2018-2019 pour renforcer l'équipe de soins palliatifs à domicile.
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	12,5	9,7	14,7	Des travaux sont prévus dès le début de l'année 2018-2019 pour renforcer l'équipe de soins palliatifs à domicile.

Déficience				
1.45.04.01 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	83,2	N/A	Les efforts se poursuivent afin d'atteindre la cible. Un groupe de travail relevant du CODIR a été mis en place afin de mieux définir la trajectoire des services en DP et par le fait même, de mieux y répondre.
1.45.05.01 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	98	96,1	N/A	Les efforts se poursuivent afin d'atteindre la cible. Un groupe de travail relevant du CODIR a été mis en place afin de mieux définir la trajectoire des services en DI, TSA et DP et par le fait même, de mieux y répondre. Aussi, nous avons vécu certains défis au niveau du recrutement. Nous travaillons étroitement avec les ressources humaines afin de nous assurer que tous les postes et les remplacements soient comblés.
1.45.05.05 Taux des demandes de services traitées en CRDI, 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	32,1	N/A	Dans notre secteur, historiquement, les demandes provenant des CLSC pour les services en CRDI se faisaient automatiquement dès que la personne avait un diagnostic de DI ou TSA sans égard pour le requis de services. Plusieurs usagers sont donc en attente au CRDI alors qu'ils ne requièrent pas nécessairement de services spécialisés. Cette pratique a changé mais nos listes d'attente importantes reflètent encore cette problématique. Suite aux investissements du plan TSA, un travail important a été fait pour avoir des listes d'attente à jour et représentative de la réalité. Les volumes d'usagers desservis au CRDI ont augmenté ce qui devrait avoir un impact positif sur les délais d'accès. Les travaux en lien avec l'implantation du cadre de référence pour l'organisation des services en DP, DI et TSA devraient également contribuer à mieux répondre aux besoins des usagers.
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans et 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	85	48,8	90	Une planification rigoureuse des services sodoprofessionnels à offrir pour les élèves terminant leur scolarité sera faite dès que les données seront disponibles. Les données pour cet indicateur ont été très difficiles à obtenir et ne représentent pas la réalité. Le % de l'an dernier était basé sur les données de 2 commissions scolaires alors que pour l'année 2017-2018, nous avons reçu des données de 7 différentes sources. Certains établissements ont seulement donné les initiales des élèves et il a été impossible pour nous de valider le type de service reçu par ces élèves.
1.05.15-PS Délai moyen accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme	300	492,66	90	Le délai d'accès demeure encore relativement élevé car le nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant un TSA sur nos listes d'attente était très important. Nous devrions voir une baisse considérable dans le délai d'accès au cours de l'année 2018-2019 car nous avons augmenté nos volumes suite au financement du plan TSA. Nous avons éprouvé certaines difficultés à combler les heures d'intervention suite à un changement de fournisseur pour le programme ICI. Ce changement a entraîné certains délais dans le début des services pour ce programme.
Dépendance				
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	50	68,5	90	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
Santé mentale				
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	250	270	414	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	291	360	360	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
Multiprogramme				
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	55	56,2	75	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
Santé physique - Urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12	15,64	12	L'engagement convenu dans l'EGI n'est pas atteint. Une infirmière de liaison de soir sera en poste à compter de juin 2018 à l'Hôpital général du Lakeshore afin d'améliorer la fluidité de la trajectoire des usagers. Dans les hôpitaux généraux du territoire, soit l'Hôpital général du Lakeshore et le Centre hospitalier de St-Mary, nous constatons que l'absence d'unité d'hospitalisation brève (UHB) se répercute sur la durée de séjour sur civière. En effet, il est parfois cliniquement requis de garder un usager sur civière plus de 24 heures plutôt que d'hospitaliser celui-ci à l'unité d'admission. De plus, malgré l'épisode grippal, nous avons eu des avancées historiques dans l'amélioration de la fluidité de patients et de la performance des urgences du CIUSSS, notamment celle de l'Hôpital général du Lakeshore. Des travaux sont actuellement en cours pour améliorer la fluidité des usagers lors de l'épisode de soins hospitaliers, notamment à l'Institut universitaire de santé mentale Douglas (par exemple, gestion des lits et réorientation des P4-P5). Il est aussi à noter que l'atteinte de la cible fixée par l'engagement pour le volet santé mentale, il doit y avoir une disponibilité accrue des psychiatres dans les délais requis, et ce, 24/24 heures. Nous avons remarqué que l'arrivée des consultants (psychiatre) n'est pas synchronisée avec l'arrivée habituelle des usagers. De plus, il y a un enjeu de fiabilité des données collectées à l'urgence du Douglas. Des travaux sont en cours afin de permettre que ces dernières soient plus représentatives de la réalité de cette urgence.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	75	61	85	Le commentaire de l'indicateur 1.09.01-PS est également applicable pour le présent indicateur. De plus, la durée moyenne de séjour et la planification des congés ont également été nettement améliorées, toutefois la prise en charge médicale ne s'est pas améliorée cette année. Au cours de la prochaine année, la prise en charge médicale de la clientèle ambulatoire sera un objectif à améliorer. D'ailleurs, des travaux de réorientation des P4-P5 seront entrepris en 2018-2019.
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	71,7	49,4	85	Le commentaire de l'indicateur 1.09.01-PS est également applicable pour le présent indicateur. De plus, la durée moyenne de séjour et la planification des congés ont également été nettement améliorées, toutefois la prise en charge médicale ne s'est pas améliorée cette année. Au cours de la prochaine année, la prise en charge médicale de la clientèle ambulatoire sera un objectif à améliorer. D'ailleurs, des travaux de réorientation des P4-P5 seront entrepris en 2018-2019.
Santé physique - Services de première ligne				
1.09.25-PS Nombre total de GMF	5	5	5	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	75	70,66	85	Notre CIUSSS présente une hausse constante du pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et pour cet indicateur nous nous classons au premier rang parmi les CIUSSS montréalais.
1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine familiale réseau	2	2	5	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
Santé physique - Chirurgie				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	36	0	L'augmentation du nombre d'usagers en attente observé au cours des dernières périodes se résorbe notamment suite à une épuratoire complète des listes d'attente. Ajoutons que des travaux de centralisation des listes d'attente ont débutés et que l'établissement a offert plus de priorités aux chirurgiens pour effectuer de la volumétrie supplémentaire. Les responsables de programmation opératoire ont également été rencontrés pour renforcer l'obligation de gestion des listes d'attente en prenant en compte l'urgence du cas.

Santé physique - Cancérologie				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90	75,4	90	Malgré les efforts déployés pour mieux gérer et épurer les listes d'attente, nous n'avons pas été en mesure d'atteindre la cible de 90%. Nous procédons à une révision du processus d'identification de la clientèle oncologique par les chirurgiens sur la requête opératoire. De plus, nous procédons à une validation des données transférées entre la base de données Opéra et SIMASS puisque nous avons identifié des erreurs dans les transferts des données de Opéra à SIMASS lorsque nous avons fait l'épuration des listes d'attente.
1.09.33.02 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	98,7	N/A	Suite à une rencontre avec la direction générale de cancérologie, une prise en charge hebdomadaire des listes d'attente en chirurgie oncologique est effectuée. Tout écart dans le traitement des délais est adressé rapidement et sera corrigé pour l'atteinte de la cible.
Ressources matérielles				
2.02.02 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	N/D	N/A	Les données ne sont pas disponibles pour le moment, un processus de validation afin de confirmer ce résultat sera déployé au courant de l'été et de l'automne 2018 en collaboration avec l'équipe de prévention et contrôle des infections et la direction des soins infirmiers. Toutefois, nous maintiendrons à 100% la cible pour l'élimination des zones grises. Ce travail doit être évalué constamment en collaboration avec l'équipe de PCI, les équipes de soins ainsi que les services d'hygiène et salubrité afin de répertorier tout nouvel équipement, de s'assurer que les employés (nouveaux et anciens) reçoivent la formation nécessaire et d'assurer le départage des tâches entre le personnel clinique et d'hygiène et de s'assurer du respect des protocoles.
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	4,8	7,05	4,82	Une hausse est observée en comparaison avec l'année dernière. Cependant, il est à noter que différentes stratégies ont été déployées dès le constat d'une tendance à la hausse, celles-ci prévoient par contre des résultats à plus long terme considérant la nature de l'indicateur. Certaines des actions mises de l'avant pour corriger la situation comprennent des études des causes de l'augmentation, la production de recommandations ainsi que diverses activités de promotion de la santé, de la sécurité et du mieux-être en milieu de travail telles qu'un nouveau programme d'aide aux employés et promotion de ses services; la formation des gestionnaires afin de les sensibiliser quant aux signes précurseurs de difficultés, de leur permettre d'orienter les employés en difficulté vers les ressources appropriées, ainsi que sur le rôle des acteurs dans le cadre de la gestion intégrée de la prévention et de la présence au travail et la semaine de promotion de la santé, de l'activité physique et des pratiques sécuritaires en milieu de travail. D'autres moyens sont également toujours en cours soit l'attente de l'approbation de la Politique réseau de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail qui a été élaborée; le déploiement du programme de réintégration au travail suivant un épisode de santé mentale et notre participation à un projet de recherche avec les HEC portant sur le climat de travail et mise en place des recommandations qui en découlent.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,1	4,66	3,19	L'engagement convenu dans l'EGI n'est pas atteint. Une hausse est observée en comparaison avec l'année dernière. Une partie de l'écart est possiblement en lien avec une diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante. Plusieurs mesures correctives ont été mises sur pied découlant de différentes initiatives comme le plan d'action du sous-comité paritaire PMO-TS, TSO et MOI pour les secteurs critiques, diverses campagnes de recrutement massif et d'autres mesures visant l'augmentation de l'attraction telles que les blitz et salons de recrutement et d'embauche (plus de 350 embauches dont 53 PAB); la garantie d'heures pour la période estivale (PAB, préposés en entretien ménager et préposés au service alimentaire); le lancement d'un processus d'embauche accéléré pour les stagiaires référés; l'augmentation de l'offre pour l'embauche de personnel infirmier (7 quarts / quinzaine); le programme de garantie d'heures à durée indéfinie pour les PAB de l'Hôpital Ste-Anne. Nous maintenons nos efforts pour les secteurs et titres d'emploi critiques. D'autres moyens sont également toujours en cours soit une entente avec les établissements d'enseignement (première cohorte de PAB 7 mai à l'Hôpital Ste-Anne) et des travaux d'arrimage des structures en vue d'accélérer le processus de dotation et d'évaluer le potentiel d'autosuffisance.
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	3,6	3,03	4,64	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
Santé physique- Imagerie médicale				
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	93	N/A	100	Une augmentation progressive de volume est attendue compte tenu de l'ouverture de notre salle multifonctionnelle à l'Hôpital général du Lakeshore.
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	93	N/A	100	N/A
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	93	N/A	100	N/A
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	100	100	100	L'engagement convenu dans l'EGI est 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	100	100	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.
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	L'engagement convenu dans l'EGI est 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	98,1	100	Nous avons absorbé une augmentation de volume, et ce à même les ressources existantes. L'augmentation s'explique en partie par les travaux liés à la fluidité des usagers. Ces gains d'efficacité, couplés au financement pour les tests supplémentaires réalisés permettront de maintenir le niveau d'accès. Il est à noter qu'en 2018-2019, les tomodensitomètres de l'Hôpital général du Lakeshore et du Centre hospitalier de St-Mary seront remplacés.
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	93	99,7	100	L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.

Légende

Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100%
Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90% et inférieur à 100%
Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90%

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

L'AGRÉMENT

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est une organisation agréée par Agrément Canada. Toutes les exigences en matière de suivis ont été respectées par toutes les installations.

Même si des changements au niveau provincial ont eu lieu quant au processus d'agrément, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a poursuivi ses travaux d'amélioration continue de la qualité (projets qualité, autoévaluations, etc.) ainsi que la formation des équipes tactiques et opérationnelles de la qualité (comité d'amélioration continue de la qualité, équipe qualité leadership et équipe responsable des pratiques organisationnelles requises).

Les directions travaillent en collaboration pour préparer la première visite d'agrément au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La consolidation d'une culture de sécurité est une préoccupation constante pour l'organisation.

LES ACTIONS

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents sont les suivantes :

- Formation en gestion des risques, culture de sécurité, déclaration et divulgation des événements donnée à 798 personnes (intervenants, gestionnaires, propriétaires de ressources de niveau intermédiaire);
- Assistance offerte aux directions de l'organisation en matière de déclaration et divulgation des événements;
- Suivi régulier avec les gestionnaires et les directions quant à la qualité de déclarations, la réalisation des analyses ainsi que le partage de recommandations;
- Soutien technique lié à l'utilisation du logiciel SSISS aux ressources privées et privées conventionnées sur le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- Décentralisation de la saisie de déclarations dans divers secteurs;
- Élaboration et diffusion des outils de gestion des risques;
- Création d'une section intranet dédiée à la gestion des risques;
- Déploiement des activités lors de la Semaine nationale de la sécurité des patients;
- Analyses des risques dans certaines directions.

LES PRINCIPAUX RISQUES MIS EN ÉVIDENCE AU MOYEN DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE

Le registre local des incidents et accidents fait état de 12 046 événements déclarés, une diminution de 4 % comparativement à l'année précédente (12 603 événements). Il faut toutefois noter que les données pour l'année 2016-2017 incluent l'ensemble des données saisies, tandis que la saisie des données pour 2017-2018 est toujours en cours à la date de production du rapport.

Il faut noter que 1 491 événements déclarés sont des incidents (12 % par rapport à l'ensemble des événements).

La nature des trois principaux types d'incidents mis en évidence est : médicaments 523 (4 % du nombre total des événements déclarés), autres 333 (3 % de nombre total des événements déclarés), traitement/intervention 266 (2 % de nombre total des événements déclarés).

Les événements déclarés à titre d'accident sont au nombre de 9 732 (81 % par rapport à l'ensemble des événements).

La nature des trois principaux types d'accidents mis en évidence est : chutes 4 725 (39 %), médicaments 1 901 (16 %) et autres 1 804 (15 %). La catégorie « autres » inclut : blessure d'origine connue et inconnue, fugue, automutilation, erreur liée au dossier, plaie de pression, etc.

Un total de 823 événements (7 %) n'est pas catégorisé comme incident ou accident.

LES ACTIONS ENTREPRISES PAR LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques s'est réuni à trois reprises entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018.

Les membres du comité se sont approprié leur mandat défini dans le règlement de fonctionnement de comité. Des réflexions ont eu lieu sur les objectifs du comité, la nature et le niveau de détails de l'information traitée dans les réunions.

Le suivi des rapports trimestriels sur les incidents, accidents, ainsi que des événements sentinelles et les mesures correctives s'y rattachant a été assuré par le comité lors de ses rencontres.

Le comité de gestion des risques a pris connaissance et a assuré une surveillance des situations à risques présentes dans différents secteurs de l'organisation : le projet de transition vers la vie d'adulte des jeunes hébergés, la pénurie de fournitures médicales, etc.

Le comité de gestion des risques a appuyé les formations données à travers l'organisation par le service de gestion des risques concernant la déclaration, la divulgation et les concepts de gestion des risques.

Le comité a pris connaissance des activités réalisées dans l'ensemble de l'organisation afin de promouvoir la sécurité des usagers pendant la Semaine nationale de la sécurité des patients.

Le service de prévention et contrôle des infections a présenté un état de situation lors de deux réunions du comité. Un suivi régulier de prévention et contrôle des infections est réalisé par l'entremise du comité de coordination opérationnelle.

Le comité a fait les recommandations suivantes :

- Que les gestionnaires prennent connaissance et procèdent à l'analyse de l'événement déclaré dans un délai maximum de deux semaines à compter du moment où la déclaration a été faite;
- Qu'il y ait un point « sécurité des usagers » à l'ordre du jour des rencontres de service où un retour sur les mesures de prévention à la suite de rapports analysés soit fait avec l'équipe;

- Que l'événement « chute-trouvé par terre » soit utilisé comme dernier recours lors de la déclaration de l'événement afin de permettre aux intervenants de mieux cibler les actions à prendre en matière de prévention des chutes;
- Poursuivre la mise en place du comité de prévention des chutes afin d'analyser et de recommander les mesures nécessaires en matière de prévention des chutes;
- Que les gestionnaires demandent au déclarant de procéder à la correction des déclarations lorsque les événements déclarés dans la section « autre-autre » auraient pu être enregistrés dans des sections spécifiques;
- Poursuivre les travaux de mise en place du comité interdisciplinaire du circuit des médicaments CIUSSS afin d'analyser et recommander les mesures nécessaires en matière de prévention des erreurs de médicaments;
- Que des audits soient faits sur le plan de l'application de l'évaluation des risques de chutes et des résultats de mesures prises pour la prévention des chutes;
- Que le comité interdisciplinaire du circuit des médicaments détermine l'aspect à travailler concernant les erreurs de médicaments;
- Que le suivi de l'avancement des travaux sur la prévention des chutes et les erreurs de médicaments soit fait régulièrement lors des rencontres du comité de gestion des risques.

LES PRINCIPAUX CONSTATS – APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS (ART 118.1 LSSSS)

- Le dépliant sur les mesures de contrôle à l'intention des usagers a été finalisé;
- Le programme de formation: « Bienvenue à l'adaptation du programme de formation » a été présenté aux membres du comité;
- Un nouveau formulaire de compilation de base, sous forme de grille standardisée, a été transmis aux professionnels des différents programmes pour faciliter la compilation des données des mesures de contrôle;
- L'utilisation d'un système d'information unique demeure un enjeu pour le recensement des données statistiques dans un contexte d'équipes multi-sites;
- Un inventaire et une mise à jour de l'équipement sécuritaire ont été réalisés;
- Des recommandations ont été faites pour que les salles d'isolement et de contention respectent les règles sécuritaires à la suite de l'ouverture de la nouvelle unité NSA (niveau des soins alternatifs en santé mentale);
- Discussion de cas complexes par les membres du comité pour soutenir l'équipe soignante;
- Plusieurs formations ont été offertes aux employés, dont Omega et Pacification, CPI (*Crisis Prevention Intervention*) et TCI (*Therapeutic Crisis Intervention*);
- Le processus d'approbation du protocole des mesures de contrôle est en cours.

LES SUIVIS APPORTÉS AUX RECOMMANDATIONS DES INSTANCES SUIVANTES

- Adoption le 4 octobre 2017 par le conseil d'administration de la Politique de suivi des recommandations issues d'une instance qualité. Cette politique attribue au comité de vigilance et de la qualité (CVQ) le mandat d'effectuer le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, du Protecteur du citoyen, ou de toute autre instance interne ou externe dans un but d'améliorer les services;
- En 2017-2018, deux présentations portant sur le suivi des recommandations issues des instances internes ou externes ont eu lieu lors des rencontres du CVQ.

Le CVQ n'a émis aucune recommandation au conseil d'administration en 2017-2018 sur les suites à donner aux recommandations issues d'une instance qualité.

MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT OU SON COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ SUITE AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LES INSTANCES SUIVANTES

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Il n'y a pas eu de recommandations formulées par cette instance.

PROTECTEUR DU CITOYEN

Les recommandations reçues du Protecteur du citoyen à l'égard de différentes directions de l'organisation sont les suivantes :

- Établir une politique quant à l'orientation en hébergement des usagers qui présentent des besoins spécifiques et s'assurer d'harmoniser le processus de suivi de ces ressources d'hébergement ainsi que de la compétence requise du personnel;
- Effectuer un rappel à l'intention des intervenants quant à la tenue de dossiers;
- Faire signer le formulaire relatif au refus de soins lorsqu'un usager ou son représentant refuse que des soins soient prodigués par des étudiants et s'assurer que les moniteurs de stage et leurs étudiants sont informés de cette situation, notamment par l'élaboration d'un plan de communication;
- Identifier le moyen de transport en fonction des besoins de chaque usager, notamment en développant un outil de prise de décision à l'usage du personnel;
- S'assurer que les interventions en hygiène et salubrité pour les pompes à gavage sont effectuées en conformité avec les directives du fabricant et les lignes directrices en hygiène et salubrité du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Rappeler au personnel en centre hospitalier d'utiliser et de mettre à jour le plan d'intervention interdisciplinaire;
- Procéder à l'élaboration et l'application du protocole d'intervention pour la clientèle hébergée.

Toutes les recommandations ont été prises en charge par l'établissement.

Parmi les mesures mises en place se retrouvent :

- La révision des pratiques des intervenants, la mise en place d'un processus d'analyse systématique lors de situations problématiques, le rappel sur la tenue de dossiers avec des audits ultérieurs sur la qualité des notes, la distribution aux intervenants et la révision d'un guide de pratique sur les notes chronologiques, la nomination d'un intervenant attiré aux ressources de type familial.

CORONER

La recommandation suivante a été émise à l'endroit de l'établissement :

- Procéder à l'analyse des décisions médicales prises et mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients en pareilles circonstances, notamment en ce qui concerne les relances des patients qui ne se présentent pas à un rendez-vous.

L'établissement a émis une directive concernant l'usager dont l'absence au rendez-vous n'est pas motivée. Dorénavant, un document standardisé sera utilisé pour consigner l'information recueillie.

Le coroner a aussi produit deux rapports visant l'ensemble des établissements de la province avec des recommandations afin d'améliorer la qualité des services en lien avec :

- 1) La prévision des gestes médicaux à poser en cas de perte sanguine importante pour la clientèle refusant la transfusion sanguine;
- 2) L'élaboration d'une politique dans les CHSLD à l'effet d'interdire aux familles des clients du CHSLD devant être levés à l'aide d'un lève-personne de faire un déplacement de ceux-ci sans l'aide d'un membre du personnel habilité à utiliser un lève-personne.

L'établissement assure le suivi des recommandations.

AUTRES INSTANCES

Les principales recommandations proviennent des ordres professionnels comme : le Collège de médecins, l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes, l'Ordre des pharmaciens, l'Ordre des infirmières et infirmiers ainsi que de la Commission canadienne de sûreté nucléaire et de la Direction régionale de santé publique.

Les recommandations sont de nature administrative, clinique et systémique. Toutes les recommandations sont prises en charge par l'établissement.

Parmi les mesures prises pour donner suite aux recommandations se retrouvent :

- Le verrouillage de la porte de laboratoire chaud lorsque le technologue quitte;
- L'apposition des symboles de mise en garde sur les contenants qui servent au transport et à la manipulation des doses radioactives;
- L'élaboration de protocole d'éclosion, suivi des indicateurs ciblés à la prévention et au contrôle des infections, la mise en place de matériel clinique requis dans les chambres de soins intensifs selon le plan d'action d'EPC;
- La formation, l'orientation et l'actualisation de méthodes de travail;
- L'augmentation de la présence de pharmaciens à la clinique d'oncologie;
- La mise en place de la double validation des ordonnances d'oncologie.

LES PERSONNES MISES SOUS GARDE

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

- Institut universitaire en santé mentale Douglas (Douglas)
- Hôpital général du Lakeshore (HGL)
- Centre hospitalier de St. Mary (CHSM)
- Hôpital de LaSalle (HL)

	Douglas	HGL	CHSM	HL	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	357	854	200	28	1 439
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	313	571	185	27	1 096
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	67	()	()	()	71
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	59	()	()	()	63
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	55	()	()	()	59
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	565	116	83	10	774
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	517	102	74	10	703
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutée (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	354	82	61	6	503
Nombre d'usagers mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auquel il a été soumis)	313	571	185	27	1 096

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

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES – BILAN DES DOSSIERS

Le rapport complet de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services se retrouve au :

www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca

Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen					
	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
2017-2018	81	584	560	105	16
2016-2017	75	494	488	81	22

- 3 525 dossiers au total incluant les plaintes médicales (augmentation de 16 % comparativement à 2016-2017)
- 560 plaintes (augmentation de 15 % comparativement à l'année 2016 - 2017)
- 1 dossier transféré pour étude à des fins disciplinaires
- 72 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours (comparativement à 69 % pour l'année 2016 - 2017)
- 53 % des dossiers de plainte ont été complétés avec des mesures visant l'amélioration de la qualité des soins et services
- 16 plaintes ont été acheminées en deuxième instance au Protecteur du citoyen (comparativement à 22 pour l'année 2016 - 2017)
 - 2 rapports du Protecteur du citoyen avec 11 recommandations
- Les trois principaux motifs de plainte concernent :
 - 33 % les soins et les services dispensés
 - 20 % les relations interpersonnelles
 - 19 % l'organisation du milieu et des ressources matérielles

Bilan des dossiers d'intervention selon l'étape de l'examen				
	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
2017-2018	3	90	87	6
2016-2017	1	46	44	3

- 87 dossiers d'intervention (augmentation de 97 % comparativement à l'année 2016 - 2017)
- 1 dossier transféré pour étude à des fins disciplinaires
- Les trois principaux motifs d'intervention concernent :
 - 41 % l'organisation du milieu et des ressources matérielles
 - 22 % les soins et les services dispensés
 - 16 % les relations interpersonnelles

Bilan des demandes d'assistance conclues			
	Aide à la formulation d'une plainte	Aide concernant un soin ou un service	Total
2017-2018	563	1 721	2 284
2016-2017	650	1 367	2 017

- 2 284 demandes d'assistance (augmentation de 13 % comparativement à l'année 2016 - 2017)

Bilan des demandes de consultation conclues			
	Avis	Consultation	Total
2017-2018	53	492	545
2016-2017	70	287	357

- 545 demandes de consultation (augmentation de 53 % comparativement à l'année 2016 - 2017)

MÉDECIN EXAMINATEUR – BILAN DES DOSSIERS

Bilan des dossiers de plainte médicale					
	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
2017-2018	29	108	50	87	9
2016-2017	24	125	120	29	27

- 50 plaintes médicales (diminution de 53 % comparativement à l'année 2016 - 2017)
- 18 % des plaintes médicales ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours (comparativement à 67 % pour l'année 2016 - 2017. Un seul médecin examinateur depuis septembre 2017 a causé une liste d'attente de dossiers de plainte médicale. La nomination d'un deuxième médecin examinateur en avril 2018 permettra d'améliorer le délai de traitement des plaintes médicales).
- 9 plaintes ont été acheminées en deuxième instance au comité de révision (comparativement à 27 pour l'année 2016 - 2017)
- 2 dossiers de plainte médicale transmis au CMDP pour études à des fins disciplinaires
- Les deux principaux motifs de plainte médicale concernent :
 - 67 % les soins et les services dispensés
 - 22 % les relations interpersonnelles

COMITÉ DE RÉVISION – BILAN DES DOSSIERS

Bilan des dossiers de plainte médicale au comité de révision				
	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
2017-2018	21	9	13	17
2016-2017	22	27	28	21

- 13 dossiers au comité de révision (diminution de 53 % comparativement à l'année 2016 - 2017)
- Le délai moyen d'examen au comité de révision a été de 411 jours (comparativement à 450 jours pour l'année 2016 - 2017)
- 90 % des dossiers ont confirmé les conclusions du médecin examinateur
- 10 % des dossiers ont demandé un complément d'examen du médecin examinateur

PROMOTION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Depuis les trois dernières années, il y a eu une augmentation substantielle d'activités de promotion et d'information. L'équipe du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a investi beaucoup d'efforts afin d'accroître sa visibilité à travers toutes les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

- Campagne de visibilité 2018 : Déploiement du 12 au 26 mars 2018
- Bandeau Web, bannières extérieures sur plusieurs sites
- Affichage sur Facebook
- Nouveau formulaire de plainte en format Word accessible sur le Web et l'intranet
- Une panoplie d'outils a été déployée :
 - Article dans le bulletin Le CIUSSS ODIM en évolution
 - Cartes postales personnalisées pour la commissaire et les agents aux plaintes
 - Accroches portes
 - Signets, affiches, dépliants, écrans dynamiques et de veille, etc.

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Responsable de fournir aux citoyens des renseignements concernant les services offerts sur son réseau local de services, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal continue à déployer des actions de communications pour s'acquitter de sa mission.

Parmi les principales :

Le portail Web (www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca), mis en ligne dès juin 2015, est très populaire.

- 8 nouvelles publiées par mois;
- 203 282 pages vues par mois;
- 40 024 sessions par mois (une session désigne une visite individuelle initiée par un utilisateur);
- 31 088 utilisateurs par mois.

Le site Internet facilite l'accès aux soins et services. Ainsi, le comité des usagers et résidents bénéficie d'une visibilité accrue, ce qui soutient le recrutement de membres. Par ce truchement, la clientèle y trouve un mécanisme pour faire part de sa satisfaction. Les partenaires profitent aussi d'une zone dédiée. Des campagnes ciblées quant aux soins et services offerts ont été menées, comme par exemple la halte allaitement et la clinique santé voyage. Les campagnes ministérielles de santé publique comme celle de la vaccination sont également mises de l'avant.

La ligne Info-CIUSSS (514 630-2123) et l'adresse courriel informations.comtl@ssss.gouv.qc.ca, publicisées auprès de la population du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal depuis leur mise en place (2015), connaissent toujours du succès. Ce sont en moyenne 25 appels téléphoniques et 25 demandes de renseignement et commentaires faits par courriel générés chaque semaine.

Toujours dans le but d'informer efficacement la population sur les services offerts, mais aussi pour soutenir les activités de ses équipes de santé publique et de promotion de la santé et des saines habitudes de vie, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal diffuse non seulement de l'information par le biais de son portail, mais utilise également activement les médias sociaux. À cet égard, la migration CIUSSS des médias sociaux des installations historiques a été menée cette année :

- Facebook
 - 8 341 abonnés en mars 2018;
 - Hausse du nombre d'abonnés de la page Facebook de 24 % depuis 2016.
- Twitter
 - 5 402 abonnés en mars 2018;
 - Hausse du nombre d'abonnés du compte Twitter de 8 % depuis 2016.
- LinkedIn
 - 5 106 abonnés en mars 2018;
 - Hausse du nombre d'abonnés à LinkedIn de 27 % depuis 2017.

Les 31 écrans dynamiques de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, des installations du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle et de l'Hôpital Sainte-Anne constituent aussi une source d'information pour la clientèle et la population.

En outre, la population est invitée à venir entendre les présentations des membres du conseil d'administration et à poser des questions lors de toutes les séances ordinaires du conseil. Cette invitation est faite par le biais d'avis publics publiés au moins 15 jours avant la date de la séance ordinaire.

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

Le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) mis en place en décembre 2015 pour accompagner les professionnels de la santé pour toute demande d'aide médicale à mourir (AMM) a poursuivi ses activités et a eu une rencontre pour chacune des demandes d'AMM évaluée comme admissible. Les membres du groupe tactique, à tour de rôle, accompagnent les professionnels impliqués, et ce, pour chaque demande reçue.

Cette année, le GIS a accueilli un membre du conseil d'administration du CIUSSS, M^{me} France Desjardins, qui offre un soutien et une expertise additionnelle aux travaux. De plus, plusieurs membres du GIS ont participé au symposium de la communauté de pratique des GIS au Québec. Ainsi, le GIS a pu parfaitement répondre à son mandat d'apporter un soutien clinique, administratif et éthique de proximité aux professionnels de la santé devant répondre à une demande d'AMM.

	Décembre 2016 à juin 2017	Juin 2017 à décembre 2017	Total annuel
Le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	582	749	1 331
Le nombre de sédation palliative continue (SPC) administrées	1	2	3
Le nombre de sédation palliative continue (SPC) administrées en Maison de soins palliatifs	1	2	3
Le nombre de sédation palliative continue (SPC) administrées à domicile	0	0	0
Le nombre d'aide médicale à mourir administrées	2	4	6
Le nombre d'aide médicale à mourir non administrées	4	6	10
Les motifs pour lesquels elle n'a pas été administrée	3 demandes rétractées par l'utilisateur, 1 demande ne satisfaisant pas aux conditions de l'article 26.6 de la Loi.	1 demande rétractée par l'utilisateur, 3 demandes ne satisfaisant pas aux conditions de l'article 26.6 de la Loi; 2 demandes dont l'utilisateur est décédé avant la fin du cheminement.	

SECTION 7 – LES RESSOURCES HUMAINES

TABLEAU DES RESSOURCES HUMAINES AU 31 MARS 2018

DÉNOMBREMENT DES EFFECTIFS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI

Catégorie d'emploi (MSSS, syndicale)	2017-2018
10 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 060
20 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 305
30 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 433
40 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 139
50 - Personnel non visé par la Loi 30	73
60 - Personnel d'encadrement	353
Total	10 363

PRÉSENTATION DES DONNÉES POUR LE SUIVI DE LA LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

11045168 - CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal		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 supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	810,939	3,221	814,160	446	508
	2015-16	743,066	2,852	745,918	408	509
	2016-17	719,397	3,456	722,853	395	470
	2017-18	653,091	3,501	656,592	359	422
	Variation	(19.5 %)	8.7 %	(19.4 %)	(19.3 %)	(16.9 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1,748,042	7,059	1,755,101	968	1,323
	2015-16	1,775,611	5,690	1,781,301	982	1,349
	2016-17	1,901,540	7,637	1,909,178	1,052	1,410
	2017-18	2,053,371	11,493	2,064,864	1,136	1,578
	Variation	17.5 %	62.8 %	17.6 %	17.4 %	19.3 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	3,893,650	171,823	4,065,473	2,081	2,905
	2015-16	3,882,810	151,285	4,034,095	2,074	2,951
	2016-17	4,038,901	198,370	4,237,272	2,152	3,010
	2017-18	4,196,423	234,020	4,430,443	2,234	3,159
	Variation	7.8 %	36.2 %	9.0 %	7.4 %	8.7 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6,065,573	120,866	6,186,438	3,306	4,568
	2015-16	5,965,559	90,835	6,056,394	3,252	4,621
	2016-17	6,356,854	155,671	6,512,525	3,469	4,744
	2017-18	6,381,553	211,300	6,592,853	3,481	4,851
	Variation	5.2 %	74.8 %	6.6 %	5.3 %	6.2 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1,378,271	13,987	1,392,258	701	1,081
	2015-16	1,370,242	12,023	1,382,266	697	1,140
	2016-17	1,617,272	20,932	1,638,204	822	1,275
	2017-18	1,626,593	24,299	1,650,892	829	1,313
	Variation	18.0 %	73.7 %	18.6 %	18.2 %	21.5 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	25,317	26	25,343	14	72
	2015-16	15,852	46	15,898	9	50
	2016-17	11,314	98	11,412	6	35
	2017-18	8,285	50	8,335	5	25
	Variation	(67.3 %)	91.4 %	(67.1 %)	(66.7 %)	(65.3 %)
Total du personnel	2014-15	13,921,792	316,983	14,238,774	7,514	10,271
	2015-16	13,753,140	262,731	14,015,872	7,422	10,466
	2016-17	14,645,278	386,165	15,031,443	7,897	10,761
	2017-18	14,919,316	484,663	15,403,979	8,043	11,154
	Variation	7.2 %	52.9 %	8.2 %	7.0 %	8.6 %

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 ministre de la Santé et des Services sociaux.

SECTION 8 – LES RESSOURCES FINANCIÈRES

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMME

	2017-2018		2016-2017	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	5 562 966	1%	6 534 862	1%
Services généraux - activités cliniques et d'aide	17 198 726	2%	12 408 932	2%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	155 194 016	19%	137 713 376	17%
Déficiences physiques	7 862 706	1%	620 456	0%
Déficiences intellectuelles et TSA	49 755 932	6%	54 785 475	7%
Jeunes en difficulté	68 076 879	8%	66 875 481	8%
Dépandances	0	0%	0	0%
Santé mentale	96 962 068	12%	106 466 339	13%
Santé physique	214 718 459	26%	225 620 642	28%
Programmes soutien				
Administration	61 995 448	8%	62 918 216	8%
Soutien aux services	73 720 261	9%	68 999 680	9%
Gestion des bâtiments et des équipements	64 413 952	8%	65 965 016	8%
Total	815 461 413	100%	808 908 475	100%

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur notre site Internet au : www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca, pour plus d'information sur les ressources financières.

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

L'établissement présente un déficit global pour tous ces fonds au montant de 4 640 905 \$ au 31 mars 2018. Le fonds d'exploitation termine en déficit de 4 187 305 \$ alors que le fonds d'immobilisations est en déficit de 453 600 \$. Le déficit s'explique essentiellement par la méthodologie de calcul des financements du soutien à domicile, modifiée par le MSSS, après la fin de l'exercice retranchant ainsi un montant important aux revenus prévus du fonds d'exploitation. Considérant que cette situation est inhabituelle, nous présentons un plan budgétaire équilibré pour l'année financière 2018-2019.

LES CONTRATS DE SERVICE

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique	3	208 160 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	177	43 465 898 \$
Total des contrats de services	180	43 674 058 \$

SECTION 9 – L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT				
Description des réserves, commentaires et observations	Exercice financier	Nature	Mesures Correctives et commen- taires pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problé- matique au 31 mars 2018
1	2	3	4	5 6 7
Signification des codes				
Colonne 3				Colonne 5, 6 et 7
R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire				R :pour réglé PR :pour partiellement réglé NR :pour non réglé
PARTIE AS-471 (p.140)				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers				
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats location-acquisition (CROM-Batshaw-ODI-DLL).	2011-12	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats location-acquisition avec la SQI présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP2 "Immobilisations corporelles louées" du Manuel du CPA Canada.	NR

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées				
Les listes de présence servant à la compilation des unités de mesure « jour-présence » et « usager » pour le centre 5500 – Unités de vie pour les jeunes – ouvertes ne sont pas conservées. Il a donc été impossible de valider la concordance entre les registres et les documents de base.	2015-16	R	La documentation sera conservée.	NR
Les 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.	2015-16	R	La situation sera analysée en 17-18. La situation décrite sera résolue lors de la fusion des bases i-clsc.	NR
Aucune révision ou approbation du document de base servant à la compilation des unités « kilogramme de linge propre/souillé pour le centre d'activité 7604-Buanderie et lingerie n'est présente en cours de la période. En fait, il n'y a aucun équipement disponible afin de vérifier les kilogrammes déclarés ce qui augmente le risque d'erreur dans la compilation de ces unités de mesure.	2016-17	R	Le linge souillé traité à notre buanderie est systématiquement pesé et les poids sont enregistrés à chaque chargement du tunnel de lavage.	R
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant				
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes MédiAccès (ODI)	2015-16	C	Nous n'utilisons plus le système MédiAccès suite à la fusion de notre système RH-Paie en 17-18.	PR

<p>et Espresso GRF alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.</p> <p>Risque que les droits d'accès accordés aux utilisateurs soient inappropriés, compromettant ainsi la confidentialité et l'intégrité des données et laissant la porte ouverte aux fraudes et autres délits.</p>			<p>Les politiques et procédures du CIUSSS seront étendues à l'ensemble des employés du service des finances, ce qui réglera cette situation.</p> <p>Nous évaluons la possibilité d'avoir un mécanisme uniforme pour les systèmes GRF et RH-Paie dans lequel les TI procéderaient à l'attribution des droits d'accès.</p>	
<p>Un individu possède les privilèges d'accès pour créer des comptes utilisateurs dans l'application GRH et est impliqué dans la révision périodique des accès, ce qui ne respecte pas le principe de séparation adéquate de tâches incompatibles (St Mary's).</p>	2014-15	C	<p>Ceci a été régularisé avec la fusion des systèmes RH-Paie en 17-18.</p>	R
AUDITEUR				
Déficiences relevées				
<p>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</p>	2015-16	O	<p>Des discussions avec la direction adjointe qualité, gestion des risques et éthique ont eu lieu en 2017-2018.</p> <p>Les travaux se poursuivront au cours de l'exercice 2018-2019.</p>	NR

devrait établir un processus pour recevoir, évaluer et conserver ces plaintes et pour y répondre de façon à protéger les parties prenantes.				
Il n'existe pas de politique uniforme relativement à la provision pour créances douteuses et radiations aux politiques internes du CIUSSS tel que stipulé dans les principes directeurs au Manuel de gestion financière (01.01.06).	2015-16	O	Chaque installation possède ses propres réalités. Par conséquent, depuis les deux derniers exercices (16-17 et 17-18), la provision est analysée uniformément en tenant compte des différentes catégories de créances à recevoir. Une politique est en cours d'élaboration et sera mise en place en 2018-2019.	NR
Il n'existe pas de politiques et de procédures documentées sur l'octroi et l'utilisation des cartes de crédit dans les établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.	2015-16	O	Une politique et procédure est en cours d'élaboration et sera mise en place en 2018-2019. Nous avons par contre un processus de contrôle interne en place, en ce qui concerne les remboursements par carte de crédit Il n'y a eu aucune carte additionnelle octroyée en 2017-2018.	NR
Il n'existe pas à l'intérieur des systèmes d'approvisionnement	2015-16	O	À notre meilleure connaissance, il n'y a pas eu de dérogation à la loi. Nous sommes d'accord que	NR

<p>de contrôles informatisés permettant de respecter les niveaux de délégations autorisés par les politiques, règlements et directives de l'établissement ni une reddition de compte automatique.</p> <p>La mise en place de ce type de contrôle permet de s'assurer que les contrôles opérationnels sont appliqués comme prévu et de donner une assurance sur le respect de la Politique de gestion contractuelle concernant la conclusion de contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction des organismes publics du réseau de la santé et des services sociaux. Sans contrôles de suivi appropriés, les contrôles opérationnels tendent à devenir inefficaces au fil du temps.</p>			<p>plusieurs contrôles opérationnels ne sont pas automatisés, ce qui rend les processus non optimaux.</p> <p>Depuis la fusion des systèmes d'approvisionnement, les processus de contrôle interne et d'automatisation sont en place. Ainsi, tous les cadres ont les niveaux d'autorisation établis. De plus, un module de reddition de compte est disponible dans le système.</p>	
<p>Les systèmes présents n'ont pas de module de gestion de trésorerie, il serait préférable d'avoir un système facilitant et maximisant la gestion de l'encaisse.</p>	<p>2015-16</p>	<p>O</p>	<p>Nous sommes en accord avec l'observation et nous espérons que le ministère prendra en considération la présence d'un module de trésorerie quand viendra le temps de faire l'acquisition d'un système unique.</p> <p>Cette option a été discutée en 2017-2018 avec le fournisseur de notre système financier(Logibec). Pour le moment cette option n'est pas offerte par ce dernier.</p>	<p>NR</p>

<p>Au cours de nos travaux d'audit, notamment par des discussions avec la direction et les responsables de la gouvernance, nous avons constaté que le CIUSSS n'avait pas de processus pour repérer, évaluer et répondre aux risques internes et externes.</p> <p>Si ces risques ne sont pas repérés, il se peut que le CIUSSS ne puisse prévenir un événement ou une éventualité ni réagir à temps. En outre, cette situation pourrait avoir des répercussions sur l'information financière.</p>	2016-17	C	<p>Un plan de travail a été élaboré au cours de 2017-2018, afin de définir les processus en lien avec la gestion des risques.</p> <p>Une compilation sous forme de tableau a été débuté pour documenter les processus, les risques liés au processus ainsi que les contrôles mis en place pour contrer ces risques (Matrice de risque). Le travail se poursuivra en 2018-2019.</p>	NR
<p>Les opérations interétablissements du CIUSSS ne sont pas périodiquement conciliées pour les fins de leur élimination dans une perspective de préparation des états financiers. Sans ce processus périodique, le CIUSSS n'est pas en mesure de produire de l'information financière en temps opportun et augmente le risque que certaines conciliations ne puissent être rapprochées.</p>	2016-17	C	<p>La situation est régularisée.</p>	R
<p>Au cours de nos travaux, nous avons constaté que les conciliations bancaires n'étaient pas préparées et révisées en temps opportun. La mise en place d'une procédure de rapprochement périodique permet de détecter des erreurs</p>	2016-17	C	<p>Les conciliations bancaires sont effectuées et révisées périodiquement.</p>	R

<p>ou des fraudes et de produire une information financière fiable. De plus, la révision des rapprochements en temps opportun permet à la direction de s'assurer que les contrôles opérationnels soient appliqués comme prévu et de prendre les mesures appropriées avant qu'il ne soit trop tard.</p>				
<p>Lors de l'audit des pages des états financiers présentés pour les fins de la consolidation des états financiers du CIUSSS, nous avons pu observer et tester la mise en place de soldes auprès des apparentés au gouvernement du Québec.</p> <p>Cependant, dans cette procédure, nous avons constaté l'absence de confirmations des opérations et soldes auprès des apparentés au gouvernement du Québec. La mise en place d'une telle procédure est jugée pertinente dans le contexte des commentaires émis par le MSSS et le Vérificateur général du Québec, qui relèvent annuellement des écarts lors de l'élimination des soldes entre apparentés dans le processus de</p>	2016-17	C	<p>Les confirmations sont effectuées annuellement au 31 mars et ce, en fonction du seuil établi par le MSSS.</p>	R

consolidation des états financiers du gouvernement du Québec.				
DÉFICIENCES TI RELEVÉES				
Déficiences TI relevées – Gérer l'accès				
Il n'y a pas de processus formel permettant de faire en sorte que les utilisateurs reçoivent seulement les droits d'accès nécessaires à leurs responsabilités dans l'application paie. Risque que le processus de gestion des accès aux systèmes d'information ne respecte pas les meilleures pratiques ou qu'il ne soit pas en lien avec les objectifs de l'organisation.	2015-16	O	Ceci a été régularisé avec la fusion des systèmes RH-Paie.	R
La gestion des accès n'est pas restreinte à un nombre d'individus limités dans l'application GRH (Groupe 'SECURITÉ – SANS RESTRICTION'). Nous avons noté 16 comptes qui possèdent ces privilèges d'accès. (St-Mary's).	2014-15	O	Ceci a été régularisé avec la fusion des systèmes RH-Paie.	R
Le système financier MédiAccès ne ferme pas automatiquement une session après une certaine période d'inactivité. Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.	2015-16	O	Ceci a été régularisé avec la fusion des systèmes RH-Paie.	R
Les applications financières GRF et GRM ne sont pas configurées afin d'exiger les paramètres de mots de passe (complexité, longueur, changement périodique).	2015-16	O	L'application GRF seulement ne permet pas les paramètres de mots de passe complexes. Nous allons procéder à l'instauration de LDAP en 18-19 pour régulariser ceci.	NR

Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.				
Gérer l'accès à distance et des tiers				
Nous avons noté qu'il n'y a pas de mesure en place pour interdire l'installation et l'utilisation de logiciels non autorisés. Risque d'introduction de vulnérabilités, de non-disponibilité des systèmes critiques et de perte de données sensibles.	2015-16	O	Cette situation n'existe que sur certains portables. Les logiciels anti-virus ont été mis à jour.	R
Surveiller l'accès aux systèmes informatiques				
Nous avons constaté que les droits d'accès des utilisateurs du système d'exploitation Windows ne sont pas examinés et approuvés par la direction. En effet, lors de nos tests, nous avons observé plusieurs utilisateurs actifs dont la dernière connexion datait de six mois. Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.	2015-16	O	Cette déficience n'est plus applicable. Une discussion a eu lieu avec les vérificateurs externes en juin 2017 mais il n'était plus possible de changer le AS-41.	R
Nous avons constaté qu'il n'y a pas d'approche structurée à l'égard de la surveillance des journaux. Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.	2015-16	O	Cet élément fait partie du plan d'actions 2018-2019.	NR
Sécurité physique				
L'organisme ne possède pas de registre d'entretien des équipements tenu à jour. Risque	2015-16	O	Des travaux ont eu lieu en 2017-2018.	R

d'indisponibilité et de perte d'équipement.				
Continuité des opérations TI				
Nous avons constaté qu'il n'y a pas de plan de relève formellement documenté et testé. Risque que les opérations de l'organisation soient affectées à la suite d'une situation imprévue. De plus, il y a un certain risque de perte de données sensibles.	2015-16	O	Des travaux sont en cours pour l'implantation d'un plan de relève. Les systèmes Paie-RH et GRF-GRM possèdent chacun leur serveur. Chaque serveur agira comme « backup » de l'autre. Ceci sera complété en 2018-2019.	PR
Nous avons noté qu'il n'y a pas de tests de restauration globale des données et des applications formellement documentés, permettant de s'assurer que le processus de sauvegarde est efficace. Risque que le processus de sauvegarde ne respecte pas les meilleures pratiques et risque de perte ou de corruption des données sensibles.	2016-17	O	Les tests ont été effectués le 6 décembre 2017 et ont été concluants. Une attestation de conformité a été émise par Logibec.	R

ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
EN VERTU DE LA
*LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (chapitre M-30)***

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

15 JUIN 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	50
Section 1 — Dispositions générales	50
Section 2 — Principes d'éthique et règles de déontologie	53
Section 3 — Conflit d'intérêts	56
Section 4 — Application	57
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	62
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	63
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	64
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général	65
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	66
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	67
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	68

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. FONDEMENT LÉGAL

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme (RLRQ, chapitre T-11.011).
- Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c C-12.

3. DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. CHAMP D'APPLICATION

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

5. DISPOSITION FINALE

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

6. DIFFUSION

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

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

SECTION 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.

- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
 - a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.
14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

SECTION 4 – APPLICATION

16. ADHÉSION AU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

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

17. COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

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

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

18. COMITÉ D'EXAMEN *AD HOC*

- 18.1** Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- 18.2** Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- 18.3** Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :
- 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;
 - déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
 - faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- 18.4** La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.
- 18.5** Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- 19.1** Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 19.2** Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.
- 19.3** Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.
- 19.4** Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.
- 19.5** Tout membre du comité d'examen *ad hoc* qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

- 19.6** Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen *ad hoc*, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 19.7** Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 19.8** Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) un état des faits reprochés;
 - b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 19.9** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 19.10** Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 19.11** Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.
- 19.12** Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 19.13** Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. NOTION D'INDÉPENDANCE

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. OBLIGATIONS EN FIN DU MANDAT

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

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

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

COORDONNÉES DU BUREAU D'ÉLECTION

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du - _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du _____ due aux faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés] :

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____.

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

ANNEXE VI – SIGNALEMENT D’UNE SITUATION DE CONFLITS D’INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

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

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

ANNEXE 2 – STATISTIQUES – DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

SIGNALEMENTS TRAITÉS DURANT L'ANNÉE

	2015-2016							2016-2017							2017-2018						
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%
Signalements non retenus																					
Fille	168	254	140	113	2	677	46.8%	193	289	185	136	6	809	47.5%	188	273	190	152	5	808	49.6%
Garçon	193	308	165	83	8	757	52.3%	192	362	205	117	12	888	52.1%	194	368	147	96	4	809	49.7%
Inconnu	11	2	1	0	0	14	1.0%	5	1	0	0	0	6	0.4%	5	5	0	1	0	11	0.7%
Total	372	564	306	196	10	1,448	45.5%	390	652	390	253	18	1,703	49.9%	387	646	337	249	9	1,628	45.1%
Signalements retenus																					
Fille	298	308	152	85	4	847	48.8%	313	305	135	72	0	825	48.2%	348	387	157	99	1	992	50.1%
Garçon	322	387	136	37	7	889	51.2%	322	391	125	48	0	886	51.8%	347	448	120	61	9	985	49.8%
Inconnu	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0	0	0	0	0.0%	2	0	0	0	0	2	0.1%	
Total	620	695	288	122	11	1,736	54.5%	635	696	260	120	0	1,711	50.1%	697	835	277	160	10	1,979	54.9%
Signalements traités																					
Fille	466	562	292	198	6	1,524	47.9%	506	594	320	208	6	1,634	47.9%	536	660	347	251	6	1,800	49.9%
Garçon	515	695	301	120	15	1,646	51.7%	514	753	330	165	12	1,774	52.0%	541	816	267	157	13	1,794	49.7%
Inconnu	11	2	1	0	0	14	0.4%	5	1	0	0	0	6	0.2%	7	5	0	1	0	13	0.4%
Total	992	1,259	594	318	21	3,184	100.0%	1,025	1,348	650	373	18	3,414	100.0%	1,084	1,481	614	409	19	3,607	100.0%

SIGNALEMENTS RETENUS PAR PROBLÉMATIQUE

Problématiques	2015-2016							2016-2017							2017-2018						
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%
Abandon																					
Fille				1		1	16.7%				1		1	20.0%					1		20.0%
Garçon				2	3	5	2.9%		1	2	1		4	2.6%		1	2	1		4	2.2%
Inconnu																					
Total Abandon				2	4	6	0.3%	1	3	1			5	0.3%	2	2	1		5	0.3%	
Abus physique																					
Fille	37	79	40	15	2	173	46.6%	43	63	31	14		151	49.6%	34	93	42	16		185	44.5%
Garçon	38	130	21	8	1	198	53.4%	55	127	26	13		221	59.4%	43	149	21	14	3	230	55.3%
Inconnu																					
Total Abus physique	75	209	61	23	3	371	21.4%	98	190	57	27		372	21.7%	78	242	63	30	3	416	21.0%
Risque sérieux d'abus physique																					
Fille	17	10	7	1		35	47.9%	19	15	3	1		38	56.7%	21	16	5	4		46	50.5%
Garçon	20	13	5			38	52.1%	17	11	1			29	43.3%	23	17	2	2	1	45	49.5%
Inconnu																					
Total Risque sérieux d'abus physique	37	23	12	1		73	4.2%	36	26	4	1		67	3.9%	44	33	7	6	1	91	4.6%
Abus sexuel																					
Fille	10	9	20	16		55	83.3%	7	15	16	6		44	66.7%	9	25	17	12		63	74.1%
Garçon	3	8				11	16.7%	6	13	2	1		22	33.3%	6	9	4	3		22	25.9%
Inconnu																					
Total Abus sexuel	13	17	20	16		66	3.8%	13	28	18	7		66	3.9%	15	34	21	15		85	4.3%
Risque sérieux d'abus sexuel																					
Fille	7	12	3	5		27	54.0%	2	8	10	2		22	45.8%	13	13	8	6		40	54.8%
Garçon	8	8	3	4		23	46.0%	6	16	1	3		26	54.2%	13	14	5	1		33	45.2%
Inconnu																					
Total Risque sérieux d'abus sexuel	15	20	6	9		50	2.9%	8	24	11	5		48	2.6%	26	27	13	7		73	3.7%
Mauvais traitements psychologique																					
Fille	123	97	27	15	1	263	51.1%	137	111	23	15		286	52.9%	147	127	32	19		325	54.0%
Garçon	116	105	26	5		252	48.9%	119	116	17	3		255	47.1%	136	110	25	4	2	277	46.0%
Inconnu																					
Total Mauvais traitements psychologiques	239	202	53	20	1	515	29.7%	256	227	40	18		541	31.6%	283	237	57	23	2	602	30.4%
Négligence																					
Fille	44	59	20	4		127	44.4%	34	59	16	4		113	48.9%	42	45	11	7		105	42.3%
Garçon	63	70	24	1	1	159	55.6%	51	49	16	2		118	51.1%	48	77	14	3	1	143	57.7%
Inconnu																					
Total Négligence	107	129	44	5	1	286	16.5%	85	108	32	6		231	13.5%	90	122	25	10	1	248	12.5%
Risque sérieux de négligence																					
Fille	60	37	6	3	1	107	45.1%	71	27	8	4		110	48.2%	81	61	11	9	1	163	51.7%
Garçon	74	42	11	2	1	130	54.9%	67	39	11	1		118	51.8%	77	58	10	4	2	151	47.9%
Inconnu																					
Total Risque sérieux de négligence	134	79	17	5	2	237	13.7%	138	66	19	5		228	13.3%	159	119	21	13	3	315	15.9%
Troubles de comportement sérieux																					
Fille		5	29	25		59	44.7%		6	28	26		60	39.2%		7	31	26		64	44.4%
Garçon		11	44	14	4	73	55.3%		18	50	25		93	60.8%		12	38	30		80	55.6%
Inconnu																					
Total Troubles de comportement sérieux		16	73	39	4	132	7.6%		24	78	51		153	8.9%		19	69	56		144	7.3%
Total																					
Fille	298	308	152	85	4	847	48.8%	313	305	135	72		825	48.2%	348	387	157	99	1	992	50.1%
Garçon	322	387	136	37	7	889	51.2%	322	391	125	48		886	51.8%	347	448	120	61	9	985	49.8%
Inconnu																					
TOTAL	620	695	288	122	11	1,736	100.0%	635	696	260	120		1,711	100.0%	697	835	277	160	10	1,979	100.0%

PROVENANCE DES SIGNALEMENTS TRAITÉS

Signalements	2015-2016				2016-2017				2017-2018			
	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%
Milieu familial												
Parent	137	68	205	6.4%	159	74	233	6.4%	149	90	239	6.2%
Fratrie	49	38	87	2.7%	39	47	86	2.4%	44	59	103	2.7%
Enfant lui-même	5	10	15	0.5%	9	1	10	0.3%	2	6	8	0.2%
Conjoint du parent	5	0	5	0.2%	6	3	9	0.2%	5	1	6	0.2%
Total Milieu familial	196	116	312	9.8%	213	125	338	9.2%	200	156	356	9.2%
Employés des différents organismes												
Employé d'un CJ	137	182	319	10.0%	120	207	327	8.9%	139	239	378	9.7%
Employé d'un CSSS	83	132	215	6.8%	107	154	261	7.1%	112	139	251	6.5%
Employé d'un CH ou médecin	98	139	237	7.4%	112	158	270	7.4%	150	172	322	8.3%
Employé d'un milieu de garde	4	9	13	0.4%	8	8	16	0.4%	11	7	18	0.5%
Employé d'un organisme	78	130	208	6.5%	160	112	272	7.4%	120	137	257	6.6%
Famille d'accueil	2	5	7	0.2%	2	4	6	0.2%	1	3	4	0.1%
Autres professionnels	11	11	22	0.7%	18	17	35	1.0%	17	9	26	0.7%
Total Employés des différents organismes	413	608	1,021	32.1%	527	660	1,187	32.4%	550	706	1,256	32.4%
Milieu scolaire	279	355	634	19.9%	308	383	691	18.9%	307	480	787	20.3%
Milieu policier	402	567	969	30.4%	578	600	1,178	32.2%	532	709	1,241	32.0%
Communauté												
Voisins	146	78	224	7.0%	159	86	245	6.7%	130	75	205	5.3%
Autres personnes	12	12	24	0.8%	14	5	19	0.5%	23	12	35	0.9%
Total Communauté	158	90	248	7.8%	173	91	264	7.2%	153	87	240	6.2%
Total	1,448	1,736	3,184	100.0%	1,799	1,859	3,658	100.0%	1,742	2,138	3,880	100.0%
Source inconnue									0	0	0	0.0%

ENFANTS AYANT FAIT L'OBJET D'UN SIGNALEMENT

	2015-2016						2016-2017						2017-2018							
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	% aug.	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	% aug.
Enfants ayant fait l'objet d'au moins un signalement	795	1,018	474	255	15	2,557	847	1,091	490	294	22	2,744	7.3%	852	1,147	470	304	17	2,790	1.7%
Enfants ayant fait l'objet d'au moins un signalement retenu	533	600	249	108	9	1,499	549	607	227	105	12	1,500	0.1%	591	696	235	131	9	1,662	10.8%

NOMBRE D'ÉVALUATIONS/ORIENTATIONS ET DÉCISIONS DU DIRECTEUR PROVINCIAL

Décisions d'orientation	2016-2017		2017-2018	
	Nombre	%	Nombre	%
Mettre fin à l'intervention	1	1%	1	1%
Référer le jeune au PPCP	46	25%	36	24%
Appliquer des sanctions extrajudiciaires	138	75%	115	76%
Total	185	100%	152	100%

Autres décisions	2016-2017		2017-2018	
	Nombre	%	Nombre	%
Autre transfert (avant décis.)	0		0	
Décès de l'usager	0		0	
Autre transfert (avant décis.)	0		0	
Retour PPCP-incapacité procéder	13		7	
Transfert autre CJ (av. déc.)	2		1	
Retour PPCP-délai prescription atteint	0		0	
Transfert autre CI (av. déc.)	0		0	
Retour au PPCP - Consultation 12-13	0		0	
Total	15		8	

ADOPTIONS D'ENFANTS QUÉBÉCOIS RÉALISÉES EN COURS D'ANNÉE

	2016-2017	2017-2018
Nombre d'adoptions québécoises	21	21

SITUATIONS D'ADOPTIONS INTERNATIONALES IMPLIQUANT LE DPJ

2017-2018

Nombre de situations	9
-----------------------------	----------

9 dossiers d'adoption internationale se sont concrétisés.

Source : SAI (secrétariat à l'adoption internationale).

RECHERCHES D'ANTÉCÉDENTS RÉALISÉES ET TERMINÉES DURANT L'ANNÉE

	2016-2017	2017-2018
Nombre de recherches	100	156

RETROUVAILLES RÉALISÉES ET TERMINÉES DURANT L'ANNÉE

	2016-2017	2017-2018
Nombre de retrouvailles	96	115

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2017-2018

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

160, avenue Stillview

Pointe-Claire (Québec)

H9R 2Y2

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

Québec 