

Les liens qui nous unissent



RAPPORT ANNUEL  
**DE GESTION**

BILAN ET PERSPECTIVES

18/19

1<sup>er</sup> AVRIL 2018

31 MARS 2019

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Section 1 – Le message des autorités</b> .....	<b>3</b>
<b>Section 2 – La déclaration de la fiabilité des données</b> .....	<b>4</b>
<b>Section 3 – La présentation de l'établissement et faits saillants</b> .....	<b>5</b>
3.1 - L'établissement .....	5
L'organigramme au 31 mars 2019 .....	7
3.2 - Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives .....	8
3.2.1 - Le conseil d'administration .....	8
3.2.2 - Les comités, les conseils et les instances consultatives.....	9
3.3 - Les faits saillants.....	14
<b>Section 4 – Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI)</b> .....	<b>15</b>
<b>Section 5 – Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité</b> .....	<b>33</b>
L'agrément .....	33
La sécurité et la qualité des soins et des services .....	33
Mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité suite aux recommandations.....	36
Le nombre de mises sous garde selon la mission.....	38
L'examen des plaintes et la promotion des droits .....	39
L'information et la consultation de la population .....	40
<b>Section 6 – L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie</b> .....	<b>41</b>
<b>Section 7 – Les ressources humaines</b> .....	<b>42</b>
Tableau des ressources humaines au 31 mars 2019.....	42
La gestion et le contrôle des effectifs.....	43
<b>Section 8 – Les ressources financières</b> .....	<b>44</b>
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	44
L'équilibre budgétaire .....	45
Les contrats de service .....	45
<b>Section 9 – L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant</b> .....	<b>46</b>
<b>Section 10 – La divulgation des actes répréhensibles</b> .....	<b>59</b>
<b>Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de conseil d'administration</b> .....	<b>60</b>
<b>Annexe 2 – Statistiques - Direction de la protection de la jeunesse</b> .....	<b>81</b>

Adopté par le conseil d'administration le 12 juin 2019.

# SECTION 1 – LE MESSAGE DES AUTORITÉS

## MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Quatre ans après avoir jeté les bases de l'immense défi de bâtir une nouvelle organisation, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal offre des soins et services de qualité en amélioration constante à sa population et aux clientèles qu'il dessert. Il continue en outre à innover et à se démarquer. Comment? La lecture du présent rapport et de son cahier des faits saillants vous le démontrera grâce aux réalisations et avancées cliniques, administratives, financières, de l'enseignement et de la recherche qui y sont illustrées.

Parmi les faits marquants de la dernière année, la nomination de Mme Lynne McVey, à titre de présidente-directrice générale, est certes à souligner. Son mandat s'est amorcé sous le signe de la continuité et de la communication. À cet égard, ses tournées dans de multiples installations pour rencontrer et échanger avec le personnel, les médecins et instances du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont été vivement appréciées par ceux-ci, et ont permis d'engager un dialogue authentique et fructueux.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal travaille depuis plusieurs années en collaboration avec le Nunavik pour améliorer la qualité des services à leurs jeunes. Une nouvelle étape a été franchie lorsque Mme McVey a été invitée au Nunavik pour une conférence présidée par la présidente-directrice générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de ce territoire et au cours de laquelle elle a partagé l'entente intervenue entre notre organisation et le Nunavik renforçant ainsi un partenariat et une collaboration historique.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a également démontré de la créativité en mettant en place un programme de formation pour les préposés aux bénéficiaires directement dans l'une de ses installations, en l'occurrence l'Hôpital Sainte-Anne, en partenariat avec la Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys. Voilà un exemple probant d'actualisation de ses valeurs organisationnelles d'agilité, de respect et de partenariat. Dans un établissement aussi complexe que le nôtre, elles sont essentielles à l'atteinte de nos objectifs, et elles deviennent même, pour tous, une source d'inspiration et de mobilisation.

L'ensemble de nos réalisations ainsi que les soins et services que nous prodiguons à toutes nos clientèles est le résultat du travail exceptionnel et du dévouement indéfectible de notre personnel, partenaires communautaires, médecins et bénévoles. Jour après jour, sans relâche, et avec une détermination sans cesse renouvelée, ils sont les piliers sur lesquels nous pouvons nous appuyer et continuer à bâtir. Nous tenons à les en remercier chaleureusement.

Nous contribuons tous à l'excellence de notre CIUSSS, lorsqu'au quotidien nous plaçons nos patients, nos clients, nos vétérans et les familles au centre de nos préoccupations.

Bonne année 2019-2020!



---

**Richard Legault**  
Président du conseil d'administration



---

**Lynne McVey**  
Présidente-directrice générale

## SECTION 2 – LA DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 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;
- exposent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.



---

**Lynne McVey**

Présidente-directrice générale

# SECTION 3 – PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

## 3.1 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<sup>er</sup> avril 2018 et le 31 mars 2019, 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<sup>e</sup> centre le plus performant au Canada dans son domaine, et le Centre de recherche de St. Mary.

Ce sont 1 544 stages universitaires qui ont été effectués cette année dans les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal : 848 stages d'étudiants de niveau résidence en médecine et 696 stages non médicaux (services sociaux, soins de santé, génie, administration, ressources humaines, etc.).

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

Certaines installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal sont désignées bilingues et offrent l'ensemble de leurs services en langue anglaise.

En plus des principaux services offerts 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 Cries de la Baie James.

La Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel de l'Hôpital Sainte-Anne offre des soins de santé et des services surspecialisés de réadaptation en santé mentale aux vétérans des Forces armées canadiennes et aux membres de la Gendarmerie royale du Canada, actifs ou non.

### Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été créé le 1<sup>er</sup> avril 2015.

En date du 31 mars 2019, 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"> <li>• CLSC de Dorval-Lachine</li> <li>• CLSC de LaSalle</li> <li>• CHSLD Dorval</li> <li>• CHSLD Lachine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHSLD LaSalle</li> <li>• CHSLD Nazaire-Piché</li> <li>• Unité d'hébergement de l'Hôpital de LaSalle</li> <li>• Hôpital de LaSalle (HL)</li> </ul>
Réseau local de services (RLS) de l'Ouest-de-l'Île	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLSC de Pierrefonds</li> <li>• CLSC du Lac-Saint-Louis</li> <li>• CHSLD Denis-Benjamin Viger</li> <li>• Hôpital général du Lakeshore</li> </ul>	
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.



## 3.2 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

### 3.2.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION (C.A.)

M. Richard Legault	<b>Président</b> Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
M <sup>me</sup> Isabelle Brault	<b>Vice-présidente</b> Compétence en gouvernance ou éthique
M <sup>me</sup> Lynne McVey	<b>Secrétaire</b> Présidente-directrice générale
M <sup>me</sup> Micheline Béland	Comité des usagers
Dr Samuel Benaroya	Universités affiliées
M <sup>me</sup> Nada Dabbagh	Comité régional sur les services pharmaceutiques
M <sup>me</sup> France Desjardins	Expertise dans les organismes communautaires
M <sup>me</sup> 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
Vacant	Universités affiliées
M <sup>me</sup> Judy Martin	Expertise en protection de la jeunesse
M <sup>me</sup> Maya Nassar	Conseil des infirmières et infirmiers
Vacant	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M <sup>me</sup> Caroline Storr-Ordolis	Expertise en réadaptation
M. Marcel Villeneuve	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
M. Gary Whittaker	Expertise en réadaptation
M <sup>me</sup> Diane Néron	Expertise en santé mentale
M <sup>me</sup> Joanne Beaudoin	Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux

#### Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration

Aucun cas n'a été traité ou manquement constaté au cours de l'année par les instances disciplinaires.

Le *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de conseil d'administration* se trouve à l'annexe 1 du présent rapport.

### 3.2.2 LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

#### Comité de gouvernance, éthique, ressources humaines et administration

M. Marcel Villeneuve	<b>Président</b>
M <sup>me</sup> Isabelle Brault	
D <sup>r</sup> Nebojsa Kovacina	
M <sup>me</sup> Judy Martin	
M. Richard Legault	Président du conseil d'administration
M <sup>me</sup> Lynne McVey	Membre <i>ex officio</i> , Présidente-directrice générale

#### Comité de vérification

M. Rafik Greiss	<b>Président</b>
M <sup>me</sup> France Desjardins	
M <sup>me</sup> Diane Néron	
M. Marcel Villeneuve	
M. Richard Legault	Membre <i>ex officio</i> , Président du conseil d'administration
M <sup>me</sup> Lynne McVey	Membre <i>ex officio</i> , Présidente-directrice générale

#### Comité de vigilance et de la qualité des services

M <sup>me</sup> Judy Martin	<b>Présidente</b>
M <sup>me</sup> Micheline Béland	
M <sup>me</sup> Isabelle Brault	
M <sup>me</sup> Line Robillard	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
M. Richard Legault	Membre <i>ex officio</i> , Président du conseil d'administration
M <sup>me</sup> Lynne McVey	Présidente-directrice générale

### Comité de révision

M <sup>me</sup> France Desjardins	<b>Présidente</b>
D <sup>r</sup> Gary Inglis	
D <sup>re</sup> Chryssi Paraskevopoulos	

### Comité des affaires universitaires

D <sup>r</sup> Samuel Benaroya	<b>Président</b>
M <sup>me</sup> Joanne Beaudoin	
M <sup>me</sup> Nada Dabbagh	
M <sup>me</sup> Caroline Storr-Ordolis	
M. Richard Legault	Membre <i>ex officio</i> , Président du conseil d'administration
M <sup>me</sup> Lynne McVey	Membre <i>ex officio</i> , Présidente-directrice générale

### Comité des usagers et résidents

M <sup>me</sup> Micheline Béland	<b>Présidente</b> Présidente du comité des usagers Dorval-Lachine-LaSalle
M. John Brkich	<b>Trésorier</b> Président du comité des résidents du Centre de soins prolongés Grace Dart
M. Elgadi Abdelkarim	Président du comité des usagers de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
M <sup>me</sup> Diane Sabourin	Vice-présidente du comité des usagers du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
M <sup>me</sup> Catherine Bubnich	Membre du comité des usagers de l'Hôpital général du Lakeshore
M <sup>me</sup> Johanne Comeau	Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement Nazaire-Piché
M. Guy Lacoste	Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement de Lachine
M <sup>me</sup> Jeanine Lemire	Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement de Dorval

### Comité des affaires populationnelles et des partenariats

M <sup>me</sup> France Desjardins	<b>Présidente</b>
M <sup>me</sup> Micheline Béland	
M <sup>me</sup> Marianne Ferraiuolo	
M <sup>me</sup> Maya Nassar	
M. Gary Wittaker	
M. Richard Legault	Membre <i>ex officio</i> , Président du conseil d'administration
M <sup>me</sup> Lynne McVey	Membre <i>ex officio</i> , Présidente-directrice générale

### Comité d'évaluation des mesures disciplinaires

M <sup>me</sup> Isabelle Brault	<b>Présidente</b>
D <sup>r</sup> Samuel Benaroya	<b>Vice-président</b>
M <sup>me</sup> Micheline Béland	
D <sup>r</sup> Nebojsa Kovacina	
M. Richard Legault	Président du conseil d'administration

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

D <sup>r</sup> Marcel Fournier	<b>Président</b> Centre hospitalier de St. Mary
D <sup>re</sup> Hélène Daniel	<b>Vice-présidente comités et représentante CLSC</b>
D <sup>r</sup> Alfred Homsy	<b>Vice-président départements et représentant DLL</b> Hôpital de LaSalle
D <sup>re</sup> Joan Mason	<b>Secrétaire et représentante IUSMD</b> Institut universitaire en santé mentale Douglas
D <sup>r</sup> Fadi Habbab	<b>Trésorier et représentant CHSM</b> Centre hospitalier de St. Mary
D <sup>re</sup> Marie-Christine Godin	<b>Représentante CHSLD</b> Centre d'hébergement de Dorval
M <sup>me</sup> Hélène Paradis	<b>Représentante pharmacie</b> Hôpital général du Lakeshore
D <sup>r</sup> Tom Kaufman	<b>Représentant ODI</b> Hôpital général du Lakeshore
D <sup>r</sup> Christian Zalai	<b>Représentant ODI</b> Hôpital général du Lakeshore
D <sup>re</sup> Catherine Duong	<b>Représentante DLL</b> Hôpital de LaSalle

Dr Frederique Van Den Eynde	<b>Représentant IUSMD</b> Institut universitaire en santé mentale Douglas
Dr Sujith Sivaraman	<b>Représentant CHSM et représentant spécialiste au C.A.</b> Centre hospitalier de St. Mary
D <sup>re</sup> Nadine Larente	Directrice des services professionnels
M <sup>me</sup> Lynne McVey	Présidente-directrice générale

### Conseil des infirmiers et infirmières (CII)

M <sup>me</sup> Maya Nassar	<b>Présidente</b> Direction du programme jeunesse
M <sup>me</sup> Dencia Jean-Paul	<b>Vice-présidente - cooptée</b> Direction des soins infirmiers
M <sup>me</sup> Beverley-Tracey John	<b>Secrétaire</b> Direction des soins infirmiers
M <sup>me</sup> Joy Théodore	<b>Trésorière</b> Direction accès, qualité, performance et bureau de projets
M <sup>me</sup> Karine Mayas	Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées
M. Christian Larrivée	Direction programme santé mentale et dépendances
M <sup>me</sup> Diane Babin	Direction des soins infirmiers
M <sup>me</sup> Evelyne Beauchamp	Cooptée – en remplacement Direction des services professionnels
M <sup>me</sup> Isabelle Carrier	Cooptée Direction programme santé mentale et dépendance
M <sup>me</sup> Ramatou Nzie	Cooptée Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
M. Éric Labonté	Coopté Direction des services professionnels

### Conseil multidisciplinaire

M <sup>me</sup> Catherine Liu-Castanet	<b>Présidente</b> CLSC de Dorval-Lachine
M <sup>me</sup> Monique Laverdure	<b>Vice-présidente</b> Centres Batshaw
M <sup>me</sup> Kenza Sassi	<b>Secrétaire</b> Ex-Hôpital général de Lachine
M <sup>me</sup> Flora Masella	<b>Trésorière</b> Centre hospitalier de St. Mary
M <sup>me</sup> Nathalie Bernard	<b>Responsable des communications</b> CLSC de Dorval-Lachine
M <sup>me</sup> Marianne Ferraiuolo	CLSC de Pierrefonds
M <sup>me</sup> Monique Bureau	Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
M <sup>me</sup> Laura Carfagnini	Centre hospitalier de St. Mary
M. Jerry Belony	Institut universitaire en santé mentale Douglas
M <sup>me</sup> Jacinthe Divay	CLSC de Dorval-Lachine
M. Charles Boisvert	CLSC du Lac Saint-Louis
M <sup>me</sup> Venise Calluzzo	Adjointe à la directrice des services multidisciplinaires
M <sup>me</sup> Sophie Ouellet	Directrice des services multidisciplinaires
M <sup>me</sup> Lynne McVey	Présidente-directrice générale

### Comité exécutif du Conseil des sages-femmes

M <sup>me</sup> Trista Leggett	<b>Présidente</b>
M <sup>me</sup> Catherine Mason	<b>Vice-présidente</b>
M <sup>me</sup> Rachida Amrane	<b>Secrétaire</b>
M <sup>me</sup> Christiane Léonard	Responsable des services de sage-femme
M <sup>me</sup> Lynne McVey	Présidente-directrice générale

## Comité de gestion des risques

M <sup>me</sup> Christiane Léonard	<b>Présidente par intérim et vice-présidente</b> Responsable des services de sage-femme
M <sup>me</sup> Brigitte Lefebvre	<b>Secrétaire</b> Adjointe à la Direction qualité, gestion des risques et éthique
M <sup>me</sup> Manon Allard	Directrice adjointe accès à l'épisode de soins hospitaliers – Direction des soins infirmiers
M <sup>me</sup> Brigitte Auger	Directrice des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
M <sup>me</sup> Nadine Bergeron	Adjointe au directeur du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
M. Bernard Cyr	Directeur adjoint opérations – Direction des services professionnels
M <sup>me</sup> Linda See	Directrice de la protection de la jeunesse
M <sup>me</sup> Anca Ghiran	Chef de service gestion des risques
M. Marc Boutin / M <sup>me</sup> Anissa Mounib	Adjoints au directeur du programme de santé mentale et dépendances
M <sup>me</sup> Stéphanie Iasenza	Directrice adjointe intégration et trajectoire clientèle, représentante de la Direction des services multidisciplinaires (DSM), du conseil multidisciplinaire (CM), de la Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) et de la Direction générale adjointe (DGA)
M <sup>me</sup> Katherine Moxness	Directrice du programme jeunesse
M <sup>me</sup> Maya Nassar	Infirmière clinicienne, représentante du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)
M <sup>me</sup> Hélène Paradis	Pharmacienne, représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
M <sup>me</sup> Sarah-Beth Trudeau	Directrice adjointe qualité, gestion des risques et éthique
Vacant	Médecin, représentant du CMDP
M <sup>me</sup> Merilyne Ng Ah Chey	Membre du comité des usagers
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.

## 3.3 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
<b>Santé publique</b>			
Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	<p>Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées;</li> <li>suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux;</li> <li>suivre l'application des mesures en PCI;</li> <li>suivre les données de surveillance sur les infections nosocomiales (IN) et les audits;</li> <li>adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.;</li> <li>entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI;</li> <li>assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI;</li> <li>recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre;</li> <li>déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au Comité de Direction (CODIR);</li> <li>déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme;</li> <li>acheminer les recommandations nécessaires au CODIR.</li> </ul> <p>Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au président-directeur général (PDG) ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.</p>	Réalisé	s/o
<b>Services sociaux</b>			
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour le suivi de l'implantation PTAAC.	En cours	Dû le 31 mai
Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA) (2017-2022) (03.2)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	Réalisé	s/o

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Services sociaux (suite)			
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)	<p>« La Stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;</li> <li>• de les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie;</li> <li>• de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis;</li> <li>• de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire.</li> </ul> <p>L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED. »</p>	Réalisé	s/o
Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)	Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'utilisateur. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficacité des services. Pour chaque région socio-sanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.	Annulé	(bulletin EGI volume 14 no.7)
Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut « niveau de soins alternatif » (NSA) (03.5)	Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements fusionnés doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	Réalisé	s/o
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (03.7)	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.	Réalisé	s/o
Attente	Description de l'attente spécifique	État de	Commentaires

spécifique		réalisation	
<b>Services de proximité, urgences et pré hospitalier</b>			
État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04.1)	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 <sup>er</sup> juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	Réalisé	s/o
État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) (04.2)	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.	En cours	Dû le 30 juin
Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04.3)	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité ( <a href="http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx">http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx</a> ) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	Réalisé	s/o
<b>Financement, infrastructures et budget</b>			
Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du « plan de conservation et de fonctionnalité immobilière » (PCFI) et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	Pas demandé en 2018-2019.	Prochain livrable 31 mars 2020 (bulletin EGI volume 15 numéro 2).
<b>Attente spécifique</b>	<b>Description de l'attente spécifique</b>	<b>État de réalisation</b>	<b>Commentaires</b>

Coordination réseau et ministérielle			
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	<p>Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement.</p> <p>À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation.</p> <p>Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile.</p> <p>L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques.</p> <p>Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.</p>	Réalisé	s/o
Plan de maintien des services ou activités critiques - Santé et Services sociaux (08.3)	<p>Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.</p>	Réalisé	s/o
Planification, évaluation et qualité			
Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes (SBEH) par les établissements (09.1)	<p>Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices - Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.</p>	Réalisé	s/o

## CHAPITRE IV : ENGAGEMENTS ANNUELS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Santé physique - Cancérologie</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	75,4	90	77,5	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	98,7	100	98,5	100
<b>Commentaires :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Concernant le pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) nous avons un écart en lien avec la coordination des traitements de chimiothérapie et la chirurgie. Il est à noter que l'ensemble des patients qui doivent avoir une chirurgie oncologique urgente n'ont pas d'attente pour avoir leur chirurgie.</li> </ul>				
<b>Santé publique</b>				
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	N/A	N/A	N/A	N/A
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	N/A	N/A	N/A	N/A
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Plan stratégique</b> 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes de 15 à 24 ans	N/A	N/A	N/A	N/A
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Commentaires :</b>				
N/A				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales</b>				
<b>Plan stratégique</b> 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 <i>Clostridium difficile</i> (installations offrant des services de la mission-classe « centre hospitalier de soins généraux et spécialisés » (CHSGS))	100	95	100	100
<b>Plan stratégique</b> 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 <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	95	100	100
<b>Plan stratégique</b> 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)	100	95	100	100
<b>Plan stratégique</b> 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	71,5	75	72,5	80
<b>Commentaires :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les diarrhées à <i>Clostridium difficile</i> (DACD) sont demeurées stables au cours de l'année 2018-2019 et de rares éclosions ont été recensées. La conformité à l'hygiène des mains ainsi que des rehaussements des désinfections par les équipes d'hygiène et salubrité ont permis de maintenir des taux acceptables de transmission nosocomiale.</li> <li>• Les bactériémies en Hémodialyse (HD) demeurent basses depuis plusieurs années. La vigilance des équipes de soins et le respect des mesures d'asepsie assurent la sécurité des patients suivis en HD.</li> <li>• La transmission du <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) demeure faible contribuant au faible taux de bactériémies.</li> <li>• Le taux d'hygiène des mains, bien qu'en deçà de la cible prévue, démontre une augmentation par rapport à l'année 2017-2018. La mobilisation des équipes de gestion de toutes les directions cliniques a été mise à contribution pour le soutien au projet 20-Optimisation de l'adhésion aux pratiques exemplaires en hygiène des mains.</li> </ul>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Services généraux – Activités cliniques et d'aide</b>				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Commentaires :</b> N/A				
<b>Soutien à domicile de longue durée</b>				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	714 909	745 837	838 431	872 200
<b>Plan stratégique</b> 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Déficience intellectuelles, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA et DP))	5 540	5 792	5 920	5 883
<b>Plan stratégique</b> 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes SAPA, DI-TSA et DP)	74,3	90	59,2	90
<b>Commentaires :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1.03.05.01</b> : L'ajout de ressources humaines avec les investissements « soins à domicile » (SAD) ont permis d'augmenter de façon significative l'intensité des services de notre clientèle.</li> <li>• <b>1.03.11</b> : La mise en place de rencontres mensuelles entre les finances, le programme SAPA et l'équipe de performance ainsi que l'exercice de qualité de données nous a permis d'obtenir des données précises.</li> <li>• <b>1.03.12</b> : Nous avons de la difficulté avec cet indicateur, bien que nous ayons mis en place une démarche clinique structurée et structurante sous le thème: une démarche clinique dynamique en accord avec le projet de vie de l'usager et que nous utilisons les rapports qui ont été développés par l'équipe de performance de notre CIUSSS pour une utilisation provinciale. Les résultats sont suivis à toutes les périodes. Les intervenants invoquent le fait qu'ils priorisent des sorties d'hôpitaux plutôt que la rédaction de plan interdisciplinaire. Pour faire la nuance, les usagers 4-14 ayant un « outil d'évaluation multiclientèle » (OEMC) à jour sans le plan interdisciplinaire à la P13 était de 77,3 %. Des travaux avec la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Direction des services multidisciplinaires (DSM) seront entamés pour rehausser la performance des intervenants. De plus, certains problèmes informatiques ont eu des répercussions sur la cadence.</li> </ul>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ)	0	100	0	100
<b>Plan stratégique</b> 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 (AAPÂ)	33,3	66,7	33,3	66,7
<b>Plan stratégique</b> 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	100	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	72,5	80	66,5	80
<b>Commentaires :</b>				
<p><b>Hôpital général du Lakeshore : indicateur 1.03.07.01 : 82,5 % - indicateur 1.03.07.02 : 41,19 %</b></p> <p><u>Composante 1</u> : Il y a eu plusieurs départs de personnes-clé au sein de l'équipe AAPÂ. Malheureusement, la possibilité de remplacer celles-ci est conditionnelle à la collaboration d'un de nos partenaires. Conséquent, cela complique la réorganisation et l'implantation d'une nouvelle structure de gouverne de l'AAPÂ dans notre CIUSSS. Nous avons proposé un plan d'action et une nouvelle structure pour déployer les formations et le suivi AINÉES afin de pallier la situation.</p> <p><u>Composante 2</u> : Des discussions sont amorcées avec la Direction des services professionnels et la Direction des services multidisciplinaires afin d'harmoniser les critères d'accès aux consultations professionnelles ainsi que les formations AAPÂ qui seront offertes aux professionnels DSM et aux médecins pour tous les hôpitaux du CIUSSS. Un comité inter-direction a travaillé à définir les critères de procédures d'accès et de priorisation aux consultations professionnelles. La trajectoire-patient et les rôles des différents professionnels ont été actualisés.</p> <p><u>Composante 3</u> : Nous avons offert des formations développées à l'interne afin de rejoindre plus facilement et de mobiliser le personnel soignant au printemps 2018. Le manque de personnel complique la possibilité de libérer suffisamment de participants pour assister aux formations.</p> <p><b>Hôpital de LaSalle : indicateur 1.03.07.01 : 75 % - indicateur 1.03.07.02 : 10,61 %</b></p> <p><u>Composante 1</u> : Il y a eu plusieurs départs de personnes-clé au sein de l'équipe AAPÂ. Malheureusement, la possibilité de remplacer celles-ci est conditionnelle à la collaboration d'un de nos partenaires. Conséquent, cela complique la réorganisation et l'implantation d'une nouvelle structure de gouverne de l'AAPÂ dans notre CIUSSS. Nous avons proposé un plan d'action et une nouvelle structure pour déployer les formations et le suivi AINÉES afin de pallier la situation.</p> <p><u>Composante 2</u> : Des discussions sont amorcées avec la Direction des services professionnels et la Direction des services multidisciplinaires afin d'harmoniser les critères d'accès aux consultations professionnelles ainsi que les formations AAPÂ qui seront offertes aux professionnels DSM et aux médecins pour tous les hôpitaux du CIUSSS.</p> <p><u>Composante 3</u> : Nous avons offert des formations développées à l'interne afin de rejoindre plus facilement et de</p>				

mobiliser le personnel soignant au printemps 2018. Le manque de personnel complique la possibilité de libérer suffisamment de participants pour assister aux formations. Nous avons de très bons leaders AAPÂ à l'unité de médecine/chirurgie, ce qui a été reconnu lors de la visite de transition d'Agrément Canada en décembre 2018.

**Centre hospitalier de St. Mary : indicateur 1.03.07.01 : 89,44 % - indicateur 1.03.07.02 : 76,26 %**

**Composante 1 :** Il y a eu plusieurs départs de personnes-clé au sein de l'équipe AAPÂ. Malheureusement, la possibilité de remplacer celles-ci est conditionnelle à la collaboration d'un de nos partenaires. Conséquemment, cela complique la réorganisation et l'implantation d'une nouvelle structure de gouverne de l'AAPÂ dans notre CIUSSS. Nous avons proposé un plan d'action et une nouvelle structure pour déployer les formations et le suivi AINÉES afin de pallier la situation.

**Composante 2 :** Des discussions sont amorcées avec la Direction des services professionnels et la Direction des services multidisciplinaires afin d'harmoniser les critères d'accès aux consultations professionnelles ainsi que les formations AAPÂ qui seront offertes aux professionnels DSM et aux médecins pour tous les hôpitaux du CIUSSS.

**Composante 3 :** Nous avons offert des formations développées à l'interne afin de rejoindre plus facilement et de mobiliser le personnel soignant au printemps 2018. Le manque de personnel complique la possibilité de libérer suffisamment de participants pour assister aux formations.

**Composante 4 :** Un comité dirigé par la Direction des soins infirmiers travaille actuellement à concevoir une collecte de données harmonisée incluant l'AINÉES, qui sera déployée dans nos trois hôpitaux.

**1.03.13 -EG2 :** Si on exclut les places achetées en CHSLD privés non conventionnés du calcul, le CIUSSS atteint un résultat de 75,6 % de personnes nouvellement admises en CHSLD publics avec des profils de 10 à 14.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Déficiences</b>				
<b>Plan stratégique</b>				
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	492,66	250	360,30	156
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	83,2	90	67,9	90
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP), selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	N/A	N/A	N/A	N/A
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	96,1	98	86,5	98

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Déficiences (suite)</b>				
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)- TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	32,1	90	47,6	90
<b>Plan stratégique</b>				
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	48,8 (P6 2017-2018)	90	90,9	90
<b>Commentaires :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1.05.15 :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Une trajectoire de services pour les enfants TSA 0-7 ans a été créée entre les services spécifiques offerts par les équipes CLSC et celles de Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED). Les enfants sont desservis en services spécifiques durant leur attente pour un service spécialisé. Toutefois, les équipes spécifiques ont de la difficulté à offrir des interventions aux enfants TSA de moins de 5 ans car les demandes pour le dépistage sont de plus en plus importantes. En spécialisé, les enfants sont pris en charge à un plus jeune âge et ainsi reçoivent des services spécialisés pendant de plus longues périodes jusqu'à leur entrée scolaire. Pour l'année 2018-2019, grâce aux investissements dans le cadre du plan d'action TSA, nous avons augmenté le nombre d'utilisateurs recevant des services d'intervention comportementale intensive (ICI), 20 h de services / semaine.</li> <li>b) Nous nous approchons de plus en plus de la cible. Nous sommes passés de 501 jours en 2016-2017 à 360 jours en 2018-2019.</li> </ol> </li> <li>• <b>1.45.04.01 :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Les travaux du MSSS sur certains éléments du cadre de référence pour l'organisation des services en DP, DI et TSA (services spécialisés vs spécifiques) devraient permettre de mieux établir une trajectoire de services pour la clientèle DP. Un groupe de travail relevant du comité de coordination opérationnelle (CCO) a également été mis en place afin de mieux définir la trajectoire des services en DP.</li> </ol> </li> <li>• <b>1.45.05.01 :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Les demandes grandissantes pour le dépistage des jeunes enfants en première ligne ont eu un impact négatif sur l'accès aux services de stimulation précoce. Des travaux sont en cours afin que la Direction des programmes jeunesse de notre CIUSSS prenne en charge cette responsabilité.</li> </ol> </li> <li>• <b>1.45.05.05 :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Un nombre important d'utilisateurs sont présentement desservis en CRDITED même s'ils ne requièrent pas nécessairement des services spécialisés. La première ligne (CLSC) n'a pas pour le moment les effectifs nécessaires pour assurer le « retour » des utilisateurs en première ligne et assurer le maintien de leurs acquis fait en services spécialisés. Cela a donc un impact sur la capacité du CRDITED à offrir des services même si les investissements dans le cadre du plan TSA ont permis de desservir un plus grand volume. 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 utilisateurs.</li> <li>b) Les efforts se poursuivent afin d'atteindre la cible et les écarts se réduisent année après année.</li> </ol> </li> </ul>				

- **1.46 :**
  - a) Une planification des services socioprofessionnels à offrir pour les élèves terminant leur scolarité a été faite. Des nouvelles places ont été ajoutées à certaines ententes avec des organismes communautaires offrant des activités de jour.
  - b) s/o
  - c) La collecte de données a été plus rigoureuse cette année. Plusieurs vérifications ont été faites avec les commissions scolaires.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Jeunes en difficulté</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Commentaires :</b> N/A				
<b>Dépendances</b>				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Plan stratégique</b> 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	68,5	70	85,7	90
<b>Commentaires :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Direction du programme de santé mentale et dépendance (DPSMD) a déployé un important plan de formation et d'appropriation des outils de détection en dépendance, et ce, à travers l'ensemble des directions cliniques.</li> </ul>				
<b>Santé mentale</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) reconnues par le Ministère	270	306	306	397
<b>Plan stratégique</b> 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif (SI) dans le milieu reconnues par le Ministère	360	340	360	360
<b>Commentaires :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La totalité des postes requis ont été déployés de manière à rejoindre le nombre de places attendus, pour le volet SI. Ce déploiement est en cours également pour SIV.</li> </ul>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Urgence</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,64	12	17,08	12
<b>Plan stratégique</b> 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	61,0	80	57,8	80
<b>Plan stratégique</b> 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	49,4	80	45	80
<b>Commentaires :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans le cadre du projet de la diminution des temps de séjour aux urgences, nous avons créé trois groupes de travail et proposé de développer les alternatives à l'hospitalisation au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (1. Accueil clinique; 2. Accès 24 h/5; 3. Réorientation des patients non urgents P4 et P5) afin d'éviter une visite aux urgences. Nous avons également maintenant en poste un coordonnateur médical responsable de la fluidité des patients dans notre organisation.</li> <li>Pour l'urgence psychiatrique de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD), un processus de prise en charge accélérée des patients évalués de niveau d'urgence P4-P5 est en cours d'implantation et devrait permettre, en 2019-2020, de réduire considérablement le volume à l'urgence et accélérer la prise en charge ambulatoire, pour les patients connus.</li> </ul>				
<b>Soins palliatifs et de fin de vie</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	795	870	847	963
<b>Plan stratégique</b> 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	29	32	29	38
<b>Plan stratégique</b> 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	9,7	12,5	16,0	14,7
<b>Commentaires :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>1.09.05-PS : Nous demeurons sur la bonne voie d'atteindre la cible. Nous souhaitons démarrer un chantier sur les soins palliatifs (de l'offre de service à l'implantation) à domicile pour l'année 2019-2020. Plusieurs partenaires seront impliqués notamment les médecins.</li> <li>1.09.45-PS : Un enjeu de couverture médicale nous empêche de poursuivre l'ouverture des lits restant pour atteindre notre cible.</li> </ul>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Santé physique – Services de première ligne</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.25-PS Nombre total de groupe de médecine familiale (GMF)	5	6	5	6
<b>Plan stratégique</b> 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	71,66	85	73,2	85
<b>Plan stratégique</b> 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1	2	3	4
<b>Commentaires :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de GMF : l'engagement était de 6 en raison de la désaffiliation du Medicentre Lasalle du GMF Monk. Nous anticipions qu'ils se désaffilient à l'automne, mais finalement il y a eu des délais et ils sont devenus GMF indépendant le 1<sup>er</sup> avril 2019.</li> <li>• La cible de 85 % est la cible provinciale qui ne s'applique pas par région. Les discussions avec le MSSS pour la situation de Montréal, plaçaient la cible montréalaise à 78 % pour permettre l'atteinte de la cible provinciale. Nous sommes présentement autour de 73 %. Si nous avons des nouveaux facturants qui font de la prise en charge, il nous sera possible de faire des attributions en vertu de l'entente 321 (MSSS-FMOQ). La Chef de service de la première ligne DSP et les deux Coordonnateurs médicaux locaux travaillent à faire des attributions intra réseau locaux pour permettre de réduire la liste au CSSS ODI et augmenter notre taux d'inscription.</li> </ul>				
<b>Chirurgie</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	36	0	8	0
<b>Commentaires :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au 31 mars 2019, nous avons seulement 8 patients qui sont en attente d'une chirurgie mineure. Par la suite, nous validerons la disponibilité des patients pour une programmation prochaine au bloc opératoire.</li> </ul>				
<b>Santé physique – Imagerie médicale</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	99,6	95	82	100
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	N/A	N/A	100	N/A

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Santé physique - Imagerie médicale (suite)</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	N/A	95	100	100
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	100	100	58,1	80
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	100	100	93,8	100
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	100	100	98,7	100
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	98,1	100	93,5	100
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	99,7	95	78,9	100
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Commentaires :</b>				

a) Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte :

Deux des 8 engagements sont atteints à 100 %, soit les scopies et les échographies obstétricales. Pour les scopies, cela s'explique par le nombre peu élevé d'examen à l'Hôpital général du Lakeshore et l'ajout d'un radiologue au Centre hospitalier de St. Mary qui est associé, entre autres, à ce type d'examen. Quant aux échographies obstétricales, le résultat de 100 % démontre qu'il n'y a aucun enjeu de délai dans les 3 centres hospitaliers concernés. On doit noter que ce résultat est d'autant plus appréciable que l'Hôpital de Lasalle et le Centre hospitalier de St. Mary sont deux centres d'obstétrique importants à Montréal, avec un volume très élevé d'échographies.

Trois engagements sont atteints de 90 % à 100 %, soit les échographies mammaires, les « autres » échographies ainsi que les tomographies.

Les facteurs qui expliquent ces résultats sont les suivants :

- Nombre élevé et croissant de demandes des cliniques externes privées, incluant des cas en attente depuis plus de 2 ans;
- Le taux élevé de non-disponibilité et d'attente de réponses des patients à qui on offre un examen;
- Bris de service de 15-20 jours en 2018-2019 en raison d'appareils défectueux en tomographie.

Plusieurs cas qui proviennent de l'Urgence ont priorité sur les examens des clients externes. La majorité des patients refusent un transfert vers un autre hôpital du CIUSSS et préfèrent l'attente.

Même si dans certains cas, la cible n'est pas atteinte, il y a encore de la disponibilité pour les demandes provenant du centre de répartition des demandes de service (CRDS) puisque les facteurs qui expliquent la non-atteinte de l'engagement ne sont pas liés à un manque de ressources.

Les mesures correctrices en place pour favoriser l'atteinte de ces engagements sont les suivantes :

- Allongement des plages horaires;
- Des surplus de volume ont été absorbés par des postes vacants qui ont été comblés;
- Les travaux de remplacement de deux CT scan ont débuté, fin des travaux prévue en septembre 2019.

Trois engagements sont atteints à moins de 90 %, soit l'imagerie médicale ciblée, les échographies cardiaques et les résonances magnétiques.

Les facteurs qui expliquent ces résultats sont les suivants :

- La non-disponibilité et l'attente de réponses des patients qui ont un rendez-vous prévu;
- Pénurie de technologues formés;
- Manque de disponibilité des cardiologues pendant les échographies cardiaques;
- En imagerie médicale ciblée, un certain nombre d'examen sont effectués quelques jours seulement après les 3 mois.

Les mesures correctrices en place pour favoriser l'atteinte de ces engagements sont les suivantes :

- Un technologue est actuellement en formation;
- Ajustement des horaires et des vacances afin d'optimiser la disponibilité des technologues.

b) Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente :

Six des 8 résultats ont connu une évolution négative par rapport à ceux de l'année précédente. Les principales raisons sont celles évoquées au point A, soit 1- la demande croissante des ultra-sons, spécialement depuis l'ouverture de ces examens dans des cliniques privées; 2- la non-disponibilité et l'attente de réponses des patients à qui on offre un rendez-vous; et 3- la pénurie des ressources humaines disponibles (technologues et médecins).

c) Les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur :

Aucun problème connu en lien avec la qualité des données.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Ressources matérielles</b>				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	<b>Non disponible</b>	100 %	33,3 %	100 %
<b>Commentaires :</b> a) Cible non atteinte dans 2 des 3 sites visés b) Constat suite à des audits récents c) Mesures mises en place pour corriger : i. Participation au comité PCI à titre de membre (2 sièges pour la Direction des services techniques (DST)) et suivi des résultats ii. Mise en place d'un groupe de travail « zones grises » en mars 2019 pour corriger la situation partout et se conformer aux exigences ministérielles.				
<b>Ressources humaines</b>				
<b>Plan stratégique</b> 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	<b>7,05</b>	4,8	7,46	6,17
<b>Plan stratégique</b> 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	<b>4,66</b>	3,1	5,94	3,99
<b>Plan stratégique</b> 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	<b>3,77</b>	3,58	5,48	4,02
<b>Commentaires :</b> <b>3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire</b> a) La cible pour cet indicateur n'a pas été atteinte au moment de la présente reddition de comptes. 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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail élaborée;</li> <li>• 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<sup>e</sup> sondage terminé en mai 2019);</li> <li>• Mise en place d'actions visant l'accroissement de la gestion de proximité (en cours);</li> <li>• Réorganisation de l'équipe du service de prévention et de promotion de la santé, ajout de ressources, formation, coaching et révision de processus (organisation du travail, meilleures pratiques, etc.) (en cours);</li> <li>• Intégration du volet climat de travail à l'équipe de prévention et promotion de la santé;</li> <li>• Déploiement de la nouvelle équipe de soutien en amélioration continue de la prévention (ESACP);</li> <li>• Capsules de formation pour les gestionnaires sur 12 sujets touchant la gestion de la présence au travail (en cours);</li> <li>• Travaux réguliers avec le comité paritaire santé et sécurité au travail (SST) (en continu).</li> </ul> b) On constate également une hausse de 0,41 % depuis l'année dernière, ce qui représente une hausse considérablement moins importante que l'année d'avant où l'on constatait une hausse de 1,16 % entre 2016-2017 et 2017-2018. Plusieurs stratégies ont été déployées depuis le constat d'une tendance à la hausse en prévision de résultats à plus long terme tel qu'exprimé au point précédent. Nous constatons que les actions mises de l'avant portent déjà leur fruit et prévoyons une baisse pour l'année en cours. c) s/o				

### **3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires**

- a) La cible pour cet indicateur n'a pas été atteinte au moment de la présente reddition de comptes. Plusieurs mesures correctives ont été mises sur pied en plus de celles des années passées et de celles mentionnées pour l'assurance salaire. Ces dernières découlent de différentes initiatives comme le plan d'action du sous-comité paritaire de la planification de la main-d'œuvre concernant le temps supplémentaire, le temps supplémentaire obligatoire et la main-d'œuvre indépendante pour les secteurs critiques, diverses campagnes de recrutement massif et autres, dont :
- Salons de recrutement et d'embauche plus fréquents;
  - Programmes de garantie d'heures à durée indéfinie pour différents titres d'emploi (en cours);
  - Travaux d'arrimage des cahiers de postes et révision de processus en vue d'accélérer le processus de dotation (en cours);
  - Travaux en lien avec l'application de la lettre d'entente sur la stabilité des postes, blitz prévu avec la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) pour juin et juillet 2019 (surdotation, postes plus attractifs et rétentifs, horaires atypiques, etc.);
  - Réorganisation en cours des services en lien avec les activités de remplacement (services 24 h / 24 et 7 jours / 7, processus harmonisés, plus grand support aux clients pour la confection et la planification d'horaire, campagnes de sensibilisation pour les disponibilités, etc.);
  - École pour les préposés aux bénéficiaires (PAB) à l'Hôpital Ste-Anne en partenariat avec la Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys (embauche de 11 étudiants sur 12 pour la première cohorte, deuxième cohorte en cours);
  - Travaux réguliers avec le comité paritaire SST.
- b) On constate également une hausse de 1,28 % depuis l'année dernière. Une partie de l'écart est possiblement en lien avec une hausse de l'assurance-salaire.
- c) s/o

### **3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante**

- a) La cible pour cet indicateur n'a pas été atteinte au moment de la présente reddition de comptes. Plusieurs mesures correctives ont été mises sur pied en plus de celles des années passées et de celles mentionnées pour l'assurance salaire. Ces dernières découlent de différentes initiatives comme le plan d'action du sous-comité paritaire de la planification de la main-d'œuvre concernant le temps supplémentaire, le temps supplémentaire obligatoire et la main-d'œuvre indépendante pour les secteurs critiques, diverses campagnes de recrutement massif et autres, dont :
- Salons de recrutement et d'embauche plus fréquents;
  - Programmes de garantie d'heures à durée indéfinie pour différents titres d'emploi (en cours);
  - Travaux d'arrimage des cahiers de postes et révision de processus en vue d'accélérer le processus de dotation (en cours);
  - Travaux en lien avec l'application de la lettre d'entente sur la stabilité des postes, blitz prévu avec la FIQ pour juin et juillet 2019 (surdotation, postes plus attractifs et rétentifs, horaires atypiques, etc.);
  - Réorganisation en cours des services en lien avec les activités de remplacement (services 24 h / 24 et 7 jours / 7, processus harmonisés, plus grand support aux clients pour la confection et la planification d'horaire, campagnes de sensibilisation pour les disponibilités, etc.);
  - École pour les PAB à l'Hôpital Ste-Anne en partenariat avec la Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys (embauche de 11 étudiants sur 12 pour la première cohorte, deuxième cohorte en cours);
  - Travaux réguliers avec le comité paritaire SST.
- b) On constate également une hausse de 1,71 % depuis l'année dernière. Une partie de l'écart est possiblement en lien avec une hausse de l'assurance-salaire.
- c) s/o

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Multiprogrammes</b>				
<b>Plan stratégique</b> 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	56,2	67,5	49	75
<b>Commentaires :</b>				
<b>Facteurs expliquant la non-atteinte de l'engagement :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nos statistiques de performance validées en interne indiquent que notre pourcentage de services de première ligne de nature psychosociale dispensés dans un délai de 30 jours est en réalité de 70 % (<i>Pourcentage des assignations au programme Jeunes en difficulté pour lesquelles un premier service psychosocial a été rendu dans un délai maximal de 30 jours - mission CLSC</i>). Malgré les initiatives et la rigueur, cela ne correspond pas au pourcentage ministériel qui reste à 56,2.</li> <li>Nous continuons d'être confrontés à une importante pénurie de personnel, ce qui affecte notre délai d'accès et notre performance.</li> <li>Des efforts importants ont été déployés pour augmenter nos indicateurs de performance et mieux répondre aux besoins de notre clientèle. Des projets sont en cours, axés sur l'intégration des services de première et deuxième ligne, créant ainsi une trajectoire plus fluide pour la prestation de services. Nous nous sommes assurés que tous les intervenants aient une charge de travail optimale et que les révisions soient fréquentes afin de pouvoir assimiler plus rapidement. Les activités de groupe se poursuivent (Triple P, Habiletés parentales) favorisant une réponse plus rapide et plus efficace aux besoins de nos clients.</li> <li>Un processus de révision est en cours afin d'identifier et corriger ces divergences futures qui semblent provenir de la qualité de nos données et non de nos pratiques cliniques et de la fluidité de notre trajectoire.</li> </ul>				
<b>Mesures en cours pour corriger :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nous continuons à travailler en étroite collaboration avec nos départements de ressources humaines afin d'afficher rapidement les postes et rencontrer les candidats appropriés.</li> <li>Un processus de révision est en cours avec notre service de la qualité et de la performance afin de mieux comprendre et reproduire la formule du Ministère et ainsi permettre un suivi efficace et des corrections rapides.</li> <li>Un processus est en cours pour sensibiliser / former tout le personnel aux codes appropriés devant être saisis afin d'obtenir un portrait plus précis du rendement et sensibiliser le personnel à l'importance de la rigueur dans nos statistiques.</li> <li>Des échantillons de performance de qualité ainsi que des audits doivent être effectués à intervalles réguliers pour garantir que les informations sont correctement saisies.</li> </ul>				

#### **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.

Une visite de transition a eu lieu en décembre 2018. Pour faire suite aux recommandations émises, le développement et l'implantation de programmes et de pratiques harmonisés à travers le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en lien avec certaines pratiques organisationnelles sont en cours, notamment en ce qui concerne la prévention du suicide, la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse et la sécurité liée aux pompes à perfusion.

Les directions travaillent activement pour préparer la première visite d'agrément du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui aura lieu en 2019.

## 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 :

- Déploiement des activités lors de la semaine nationale de sécurité des usagers;
- 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 de logiciel SISSS aux ressources privées et privées conventionnées sur le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- Élaboration et diffusion des outils de gestion des risques;
- Maintien et mise à jour de section intranet dédiée à la gestion des risques;
- Analyses des risques dans certaines directions;
- Décentralisation de la saisie de déclaration dans divers secteurs;
- Formation en gestion des risques, culture de sécurité, déclaration et divulgation des événements donnée à 120 personnes (personnel, gestionnaires, responsables de ressources résidentielles);
- Des ateliers sur le même sujet ont eu lieu avec la collaboration de la Direction des affaires universitaires et de la recherche et des partenaires du réseau.

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

Le registre local des incidents et accidents fait état de 12 002 événements déclarés, une diminution de 8 % comparativement à l'année précédente (12 980 événements). Il faut toutefois noter que les données pour l'année 2017-2018 incluent l'ensemble des données saisies tandis que la saisie des données pour 2018-2019 est toujours en cours à la date de production du rapport.

Il faut noter que 1 275 événements déclarés sont des incidents (11 % par rapport à l'ensemble des événements). La nature des trois principaux types d'incidents mis en évidence est : médicaments 471 (4 % du nombre total des événements déclarés), traitement/intervention 314 (3 % de nombre total des événements déclarés), autres 234 (2 % du nombre total des événements déclarés).

Il y a eu 10 121 événements déclarés à titre d'accident (84 % par rapport à l'ensemble des événements). La nature des trois principaux types d'accidents mis en évidence est : chutes 4 758 (40 %), autres 2 095 (17 %) et médicaments 1 834 (15 %). La catégorie « autres » inclut : blessure d'origine connue et inconnue, fugue, automutilation, erreur liée au dossier, plaie de pression, etc.

Un nombre de 606 événements (5 %) n'ont pas été catégorisés comme incident ou accident dans le registre local des incidents et accidents.

## LES ACTIONS ENTREPRISES PAR LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET LES MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT

Le comité de gestion des risques s'est réuni à quatre reprises du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019. Le présent bilan sera adopté lors de la rencontre du 6 mai 2019.

En 2018-2019, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu la visite d'Agrément Canada pour la première fois depuis sa création. Dans ce contexte, les travaux de comités-qualité ont priorisé l'élaboration d'un plan de sécurité organisationnel. Une séance spéciale a été convoquée et un suivi a été fait lors de chacune des rencontres du comité de gestion des risques.

Le suivi des rapports trimestriels sur les incidents et accidents ainsi que des événements sentinelles et les mesures correctives s'y rattachant a été effectué lors des rencontres du comité.

Le comité de gestion des risques accorde son appui aux équipes du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui donnent l'opportunité à leur personnel d'assister aux formations concernant la déclaration, la divulgation et les concepts de gestion des risques.

Le comité a été informé des activités réalisées pendant la semaine nationale de la sécurité des usagers dans l'ensemble du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal dans le but de promouvoir la sécurité des usagers. Des ateliers portant sur le même sujet ont également eu lieu avec la collaboration de la Direction des affaires universitaires et de la recherche et avec des partenaires du réseau.

De plus, le service de prévention et du contrôle des infections a présenté un état de situation de ses activités lors d'une séance du comité. Un suivi régulier de la prévention et du contrôle des infections est assuré via le comité de coordination opérationnelle.

Finalement, un état de situation sur les avancements des travaux concernant les mesures de contrôle a été présenté au comité de gestion des risques.

Le comité a fait les recommandations suivantes :

1. Qu'une analyse relative à l'intervention lors de code bleu soit complétée sous la coordination du Département des mesures d'urgence en collaboration avec les directions impliquées : Direction des services professionnels, Direction des soins infirmiers et Direction des services multidisciplinaires.

2. Que le règlement et la procédure de divulgation de l'information nécessaire à un usager ou à ses proches à la suite d'un accident soient adoptés par l'organisation.
3. Que chaque direction procède à un suivi systématique (minimalement trimestriel) afin de s'assurer que les analyses sommaires soient complétées par ses gestionnaires.
4. Que le suivi de la complétion des analyses sommaires soit fait avec les gestionnaires concernés lors de leurs rencontres statutaires.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a mis en place des mesures en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment et la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Celles-ci incluent :

- Le déploiement du projet organisationnel sur la conformité aux pratiques d'hygiène des mains dans les centres d'hébergement.
- La diffusion des nouvelles politiques et du règlement de soins en lien avec la distribution et l'administration sécuritaire des médicaments.

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

- Le 15 octobre 2018, des recommandations ont été formulées au Centre universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île de Montréal par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse suite à l'étude visant les missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec sur le recours à l'isolement et à la contention en protection de la jeunesse. Un suivi a été fait par le personnel impliqué des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw.
- Un plan pour harmoniser les protocoles des mesures de contrôle dans l'ensemble du CIUSSS a été transmis à la commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ). Le protocole des mesures de contrôle adopté par le CA le 3 octobre 2018 a été également déposé à la CDPDJ. Il est constitué de mesures explicites liées à l'utilisation exceptionnelle et rigoureuse des mesures de contrôle. Plusieurs rappels ont été effectués pour s'assurer que le personnel comprend le protocole et la différence qui existe entre une mesure disciplinaire et une mesure de contrôle. De plus, plusieurs séances de formation ont eu lieu pour assurer la conformité des bonnes pratiques du personnel habilité à appliquer des mesures de contrôle que celles-ci soient mécaniques ou physiques.
- Un plan de déploiement est actuellement en cours. Le protocole est disponible en version française et anglaise sur l'intranet. Un dépliant rédigé en français et en anglais a été également diffusé à l'intention des usagers.
- Une formation PowerPoint est en processus de finalisation.
- L'emphase est mise sur notre objectif de diminution progressive des mesures de contrôle.
- Nos statistiques pour l'année 2018-2019 témoignent d'une diminution progressive des mesures de contrôle dans toutes les missions du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Cette diminution est probablement due à la sensibilisation des professionnels et à la promotion constante des mesures de remplacement.
- Les outils de compilation des données pour la santé physique restent encore un défi. Toutefois, grâce à la collaboration interdirectionnelle et le plan de déploiement qui est actuellement en cours, un outil électronique sera bientôt disponible pour la compilation des données pour l'ensemble des indicateurs identifiés selon les meilleures pratiques.

## 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

Conformément au Règlement sur la procédure d'examen des plaintes et en vertu du mandat confié au comité de vigilance et de la qualité, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services présente de façon périodique à ce comité l'ensemble des mesures d'amélioration découlant de l'application de la procédure d'examen des plaintes.

Un suivi rigoureux de l'application de ces mesures d'amélioration est exercé auprès de chacune des instances et des directions concernées. Le dossier de plainte et d'intervention est fermé lorsque les mesures ont été réalisées. Une telle façon de faire s'inscrit dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des soins et des services rendus à l'utilisateur et des proches.

Les mesures à portée systémique visent surtout l'adaptation des soins et services (ex. : ajout de services ou de ressources humaines, information et sensibilisation des intervenants, réduction du délai, amélioration des communications), l'adaptation du milieu et de l'environnement (ex. : ajustement technique et matériel, amélioration des mesures de sécurité et protection) et adoption / révision / application de règles et procédures (ex. protocole clinique ou administratif).

Au moment de clore l'exercice 2018-2019, 55 % des mesures d'amélioration à portée systémique étaient en voie de réalisation. Parmi les 155 mesures d'amélioration, 68 mesures étaient réalisées, et 87 mesures étaient en voie de réalisation.

Voici quelques exemples des mesures d'amélioration mises en place :

- Accompagnement vers les guichets d'accès appropriés, lors de demandes de renseignements liés aux modalités d'accès aux services en santé mentale, et ce, pour tous les types de clientèles.
- Demande de modification à un formulaire figurant au dossier médical d'un usager quittant l'urgence afin d'éviter un transport vers la mauvaise résidence.
- Intervention auprès du Service de soutien à domicile afin d'assurer une meilleure continuité de services à un usager.
- Rappel à des parents d'accueil d'utiliser un langage et un ton appropriés au moment de s'adresser à des jeunes.
- Examen des besoins en déficience intellectuelle et de l'accès aux services, en collaboration avec des gestionnaires et des intervenants, permettant une offre de services ponctuels de soutien aux clients et aux proches.

### Protecteur du citoyen

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu six rapports du Protecteur du citoyen durant l'exercice 2018-2019, incluant un total de 15 recommandations. Les recommandations reçues à l'égard de différentes directions portent sur les thèmes suivants :

- Documentation de l'habillement du patient à son départ;
- Accès à un matelas thérapeutique pour les usagers ayant besoin d'un tel matelas;
- Protocole sur l'*hyperemesis gravidarum*;
- Information aux psychiatres et étudiants en médecine sur la disponibilité des services et de leur trajectoire respective;

- Rappel au personnel infirmier de l'interdiction de pratiquer la sectorisation;
- Orientation des usagers aux ressources appropriées à leurs besoins afin qu'ils soient pris en charge dans un délai raisonnable;
- Procédure concernant la trajectoire des références et documentation par le personnel des échanges au sujet des besoins et demandes des proches d'un usager hospitalisé;
- Rappel de la disponibilité des services psychosociaux pour les proches;
- Nombre de lits dédiés en soins palliatifs;
- Vigilance du respect du milieu de vie et des droits des résidents et suivis auprès de la clientèle vulnérable vivant en résidence privée où sont relevées des problématiques.

Toutes les recommandations du Protecteur du citoyen ont été prises en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

### **Coroner**

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu trois rapports du Coroner durant l'exercice 2018-2019, incluant un total de trois recommandations. Les recommandations reçues à l'égard de différentes directions sont les suivantes :

- Concevoir un formulaire de consentement qui, lorsque signé par les patients, permettrait aux établissements de partager des renseignements médicaux, et ce, dans le but d'améliorer la communication entre les professionnels de la santé et ainsi assurer un meilleur suivi des patients qui présentent un risque suicidaire.
- Compléter la révision d'un dossier par la Direction des services professionnels;
- Prendre les moyens pertinents afin de mieux former les auxiliaires familiales, incluant celles provenant d'une agence privée, en matière de qualité et sécurité des services.

Toutes les recommandations du Coroner ont été prises en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

## Autres instances

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu un rapport de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. La recommandation provenant de ce rapport est :

que les intervenants du service de la Réception et du traitement des signalements et ceux du service de l'Évaluation/orientation des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw reçoivent la formation sur l'estimation et la gestion du risque d'homicide donné par le Centre intégré de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) ou toute autre formation équivalente sur l'estimation et la gestion du risque d'homicide.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'est assuré de la formation de tous les intervenants de ces secteurs.

## LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE SELON LA MISSION

La mission du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui est visée 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) est la mission CH. Il n'y a aucune mise sous garde pour les missions CHSLD, CLSC et CR dans notre établissement.

	Mission CH	Total Établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1 404	1 404
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	s/o	86
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	80	80
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	s/o	720
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)	673	673

() : 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

Le rapport complet de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services se retrouve au : [www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca).

### PROMOTION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a poursuivi des efforts de visibilité à travers toutes les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et à l'extérieur. Une quatrième campagne de visibilité est d'ailleurs prévue en mai 2019. D'autre part, le Commissariat a fait de multiples présentations et suivis auprès du Comité de vigilance et de la qualité des services de notre organisation.

Faits marquants :

- Nomination permanente au poste de commissaire;
- Nomination permanente au poste de commissaire adjoint;
- Mise à jour continuelle de la page Web;
- Activités de rayonnement médiatique.

## 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.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca)), mis en ligne dès juin 2015, est très populaire avec plus de 430 000 utilisateurs cette année.

Le site Web facilite l'accès aux soins et services. Ainsi, des campagnes ciblées pour l'implication de citoyens partenaires dans l'amélioration des soins et services ont entre autres été menées. D'autres campagnes quant aux soins et services ont été déployées, par exemple : la clinique santé-voyage et la Maison de naissance. Les campagnes ministérielles de santé publique comme celle du cannabis, « faites le bon choix » et grippe et gastro-entérite ont également été relayées. Le comité des usagers et des résidents bénéficie d'une bonne visibilité grâce à sa section dédiée, ce qui soutient le recrutement de membres. La clientèle trouve de cette façon un mécanisme pour faire part de sa satisfaction. Les partenaires profitent eux aussi d'une zone exclusive.

La ligne Info-CIUSSS (514 630-2123) et l'adresse courriel [informations.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto: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, plus de 400 publications ont été faites cette année.

- Facebook
  - 886 nouveaux abonnés cette année pour un total de 9 779
  - 33 614 interactions
- Twitter
  - 145 nouveaux abonnés cette année pour un total de 5 427
  - 7 201 visites de profil
- LinkedIn
  - 2 460 nouveaux abonnés cette année pour un total de 7 667;
  - 8 470 visiteurs uniques

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

Dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie, et conformément au mandat que lui confie la PDG, le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) apporte un soutien clinique, administratif et éthique de proximité aux professionnels de la santé devant répondre à une demande d'aide médicale à mourir (AMM).

Activité	Information demandée	10 décembre 2017 au 31 mars 2018	1 <sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019	Total
<b>Soins palliatifs et de fin de vie</b>	Le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	526	1 273	1 799
<b>Sédation palliative continue</b>	Le nombre de sédations palliatives continues (SPC) administrées	5	12	17
<b>Aide médicale à mourir</b>	Le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	13	31	44
	Le nombre d'aides médicales à mourir administrées	5	13	18
	Le nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	8 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 demande dont l'utilisateur est devenu inapte en cours de processus;</li> <li>• 6 demandes ne satisfaisant pas à la condition de l'article 26.6 de la Loi;</li> <li>• 1 demande dont l'utilisateur est décédé avant la fin du cheminement.</li> </ul>	18 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 demande dont l'utilisateur est devenu inapte en cours de processus;</li> <li>• 6 demandes ne satisfaisant pas à la condition de l'article 26.6 de la Loi;</li> <li>• 4 demandes dont l'utilisateur est décédé avant la fin du cheminement;</li> <li>• 7 demandes retirées par l'utilisateur.</li> </ul>	26

- Une rencontre du GIS a été effectuée pour chacune des demandes d'AMM jugée éligible.
- Un intervenant du GIS a accompagné l'équipe traitante dans chacune des demandes d'AMM.
- Un intervenant du GIS a effectué des rencontres suite à l'administration de l'AMM avec l'équipe traitante lorsque requis.

Conformément à son mandat, le GIS a apporté un soutien clinique, administratif et éthique de proximité aux professionnels de la santé devant répondre à une demande d'AMM. Il a accompagné les équipes de soins pour chacune des demandes d'AMM formulées. Afin de maintenir l'excellence du cheminement d'AMM au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le GIS s'est rencontré avant chacune des administrations d'AMM.

## SECTION 7 – LES RESSOURCES HUMAINES

TABLEAU DES RESSOURCES HUMAINES AU 31 MARS 2019

### DÉNOMBREMENT DES EFFECTIFS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI

Catégorie d'emploi (MSSS, syndicale)	2018-2019
10 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 110
20 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 468
30 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 464
40 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 141
50 - Personnel non visé par la Loi 30	76
60 - Personnel d'encadrement	359
<b>Total</b>	<b>10 618</b>

## 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		2018-04-01 au 2019-03-30		
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	719 460	3 464	722 924	395	470
	2017-18	653 091	3 501	656 592	359	422
	2018-19	637 476	3 410	640 886	351	409
	Variation	(21.4 %)	5.9 %	(21.3 %)	(21.2 %)	(19.5 %)
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	1 901 581	7 637	1 909 218	1 052	1 410
	2017-18	2 053 371	11 493	2 064 864	1 136	1 578
	2018-19	2 144 946	12 752	2 157 698	1 186	1 631
	Variation	22.7 %	80.7 %	22.9 %	22.6 %	23.3 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	3 893 552	171 823	4 065 375	2 081	2 905
	2015-16	3 882 810	151 285	4 034 095	2 074	2 951
	2016-17	4 038 728	198 370	4 237 098	2 152	3 009
	2017-18	4 196 423	234 020	4 430 443	2 234	3 159
	2018-19	4 156 604	321 157	4 477 761	2 209	3 177
	Variation	6.8 %	86.9 %	10.1 %	6.2 %	9.4 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 065 519	120 866	6 186 385	3 306	4 568
	2015-16	5 965 559	90 835	6 056 394	3 252	4 621
	2016-17	6 356 999	155 668	6 512 667	3 470	4 744
	2017-18	6 381 553	211 300	6 592 853	3 481	4 851
	2018-19	6 591 267	277 785	6 869 052	3 593	5 047
	Variation	8.7 %	129.8 %	11.0 %	8.7 %	10.5 %
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	1 617 392	20 932	1 638 324	822	1 275
	2017-18	1 626 593	24 299	1 650 892	829	1 313
	2018-19	1 634 577	37 511	1 672 088	832	1 330
	Variation	18.6 %	168.2 %	20.1 %	18.7 %	23.0 %
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
	2018-19	9 166	55	9 221	5	31
	Variation	(63.8 %)	108.6 %	(63.6 %)	(63.3 %)	(56.9 %)
<b>Total du personnel</b>	<b>2014-15</b>	<b>13 921 641</b>	<b>316 983</b>	<b>14 238 623</b>	<b>7 514</b>	<b>10 271</b>
	<b>2015-16</b>	<b>13 753 140</b>	<b>262 731</b>	<b>14 015 872</b>	<b>7 422</b>	<b>10 466</b>
	<b>2016-17</b>	<b>14 645 474</b>	<b>386 170</b>	<b>15 031 644</b>	<b>7 897</b>	<b>10 760</b>
	<b>2017-18</b>	<b>14 919 316</b>	<b>484 663</b>	<b>15 403 979</b>	<b>8 043</b>	<b>11 154</b>
	<b>2018-19</b>	<b>15 174 036</b>	<b>652 670</b>	<b>15 826 706</b>	<b>8 176</b>	<b>11 443</b>
	<b>Variation</b>	<b>9.0 %</b>	<b>105.9 %</b>	<b>11.2 %</b>	<b>8.8 %</b>	<b>11.4 %</b>

La cible est établie à 15 566 045 heures travaillées, l'établissement l'a dépassée de 1,7 %, soit de 260 661 heures travaillées. Cet écart s'explique notamment par de nouveaux investissements et réorganisations de services actualisés en cours d'année, un volume plus élevé de clientèle et de prestation de services dans certains secteurs, et le début des travaux pour l'actualisation de la lettre d'entente sur la stabilité des postes favorisant le rehaussement de postes.

## SECTION 8 – LES RESSOURCES FINANCIÈRES

### UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

#### DÉPENSES PAR PROGRAMMES - SERVICES

##### *Répartition des charges brutes par programmes*

	2018-2019		2017-2018	
	Dépense	%	Dépense	%
<b>Programmes-services</b>				
Santé publique	5 203 923	1%	5 562 966	1%
Services généraux - activités cliniques et d'aide	24 223 276	3%	17 198 726	2%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	155 237 408	18%	155 194 016	19%
Déficiences physique	5 820 262	1%	7 862 706	1%
Déficiences intellectuelle et TSA	53 074 930	6%	49 755 932	6%
Jeunes en difficultés	71 197 014	8%	68 076 879	8%
Dépendances	0	0%	0	0%
Santé mentale	103 615 330	12%	96 962 068	12%
Santé Physique	239 953 310	27%	214 718 459	26%
<b>Programmes soutien</b>				
Administration	61 002 293	7%	61 995 448	8%
Soutien aux services	76 391 120	9%	73 720 261	9%
Gestion des bâtiments et des équipements	67 117 245	8%	64 413 952	8%
<b>Total</b>	<b>862 836 111</b>	<b>100%</b>	<b>815 461 413</b>	<b>100%</b>

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur notre site Internet au : [www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciuss-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.

Pour l'exercice clos le 31 mars 2019, l'établissement a réalisé un déficit de 927 399 \$ et n'a pas respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire. Le déficit présenté est entièrement couvert par les soldes de fonds, qui incluaient, à l'origine au 31 mars 2015, des surplus. En effet, une somme de 927 399 \$ provient de l'amortissement des immobilisations du Campus Dorval et d'une affectation d'origine interne du fonds d'exploitation.

Par conséquent, avant utilisation des soldes de fonds, le déficit est de 927 399 \$ au 31 mars 2019. Le fonds d'exploitation termine en surplus de 103 274 \$, alors que le fonds d'immobilisations est en déficit de 1 030 673 \$.

## LES CONTRATS DE SERVICE

### Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2018 et le 31 mars 2019

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>	6	365 665 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	112	12 217 862 \$
<b>Total des contrats de services</b>	118	12 583 527 \$

<sup>1</sup> Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

<sup>2</sup> Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

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

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

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

1104-5168

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2019

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS 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 commentaires pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019
1	2	3	4	5 6 7
<b>Signification des codes</b>				
<b>Colonne 3</b>				<b>Colonne 5, 6 et 7</b>
R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire				R : pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour Non réglé
<b>PARTIE AS-471 (p.140)</b>				
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>				
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats 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 NOSP-2 " Immobilisations corporelles louées" du Manuel du CPA Canada.	NR

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2019.1.0

Révisée: 2018-2019

Timbre valideur: 2019-06-11 09:45:20

Rapport V 0.5

<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>				
<p><b>5501 – Unités de vie pour jeunes - Ouvertes</b>                      La compilation des unités de mesure « A) Le jour-présence » et « B) L'utilisateur » du sous-centre d'activité 5501 (Unités de vie pour jeunes - Ouvertes) n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF). Je n'ai pas été en mesure de retracer l'information sur le document de base attestant de la présence des usagers, puisque les listes de présences ne sont pas toutes conservées et ne sont pas toujours approuvées par le gestionnaire.</p>	2015-16	R	La documentation sera conservée.	R
<p><b>6173 – Soins infirmiers à domicile régulier et 6531 – Aide à domicile régulière</b>                      L'unité de mesure « B) L'utilisateur » n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF) pour les sous-centres d'activité 6173 (Soins infirmiers à domicile réguliers) et 6531 (Aide à domicile régulière). Aucune procédure, ni contrôle ne permet de s'assurer qu'un même usager ne soit pas compilé plus d'une fois au sein des différents sites de l'établissement, étant donné que les systèmes</p>	2015-16	R	La situation a été analysée.  La situation décrite sera résolue lors de la fusion des bases de données.	NR

des différents sites ne sont pas intégrés.				
<b>6307 – Services de santé courants</b> La compilation de l'unité de mesure « A) La visite » du sous-centre d'activité 6307 (Services de santé courants) n'est pas conforme au Manuel de gestion financière. Aucune procédure ni contrôle ne permet de s'assurer qu'une seule visite est compilée pour un patient qui pourrait se présenter aux différents sites de l'établissement dans une même journée, entraînant ainsi un risque de surévaluation de l'unité de mesure	2017-18	R	La situation a été analysée.  La situation décrite sera résout lors de la fusion des bases de données.	NR
<b>6870 – Physiothérapie</b> L'unité de mesure « A) Heures de prestation de service » du centre d'activité 6870 (Physio-thérapie) n'est pas conforme au Manuel de gestion financière. Je n'ai pas été en mesure de retracer le document de base attestant de la réalité des heures de prestations et aucune révision ou approbation du document de base n'est en place. Pour l'unité de mesure « B) Jour-traitement », il n'y avait aucune révision ou approbation du document de base servant à la compilation.	2017-2018	R	Le document de base sera conservé et approuvé.	NR
<b>7554 – Alimentation – Autres</b>	2017-2018	R	Le calcul prescrit sera appliqué en distinguant le	R

<p>J'ai relevé une erreur concernant l'unité de mesure « A) Le repas » du sous-centre d'activité 7554 (Alimentation – Autres). Selon le calcul prescrit par le Manuel de gestion financière, les revenus encaissés pour la vente de repas aux employés syndiqués doivent être divisés par le tarif conven- tionné. Or, l'établissement ne fait aucune distinction entre le tarif déjeuner et le tarif dîner/souper, ce qui n'est pas conforme à la définition du Manuel de gestion financière et entraîne une sous-évaluation de l'unité de mesure.</p>			<p>tarif déjeuner et le tarif dîner/souper.</p>	
<p><b>7703 –                  Fonctionnement des installations – Autres</b>                  La compilation de l'unité de mesure « A) Le mètre cube » du sous-centre d'activité 7703 (Fonctionnement des installations – Autres) n'est pas conforme au Manuel de gestion financière. Je n'ai pas été en mesure de retracer le document de base attestant de la réalité des mètres cubes. Également, au cours de l'exercice un changement de mètres cubes a été relevé et le calcul unitaire n'a pas été établi proportionnellement au temps d'utilisation. Finalement, la présentation de ce sous-centre d'activité</p>	<p>2017-2018</p>	<p>R</p>	<p>Nous regardons cette situation</p>	<p>NR</p>

n'est pas conforme au Manuel de gestion financière puisque les frais des locaux loués sont inclus, et ce, malgré le fait que le loyer inclut les frais de fonctionnement.				
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant</b>				
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes MédiAccès (ODI) 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.  Risque que les droits d'accès accordés aux utilisateurs soient inapropriés, compromettant ainsi la confidentialité et l'intégrité des données et laissant la porte ouverte aux fraudes et autres délits.	2015-16	C		Caduc voir nouveau point 19 (VGQ) ajouté en 2017-2018 à ce sujet
<b>AUDITEUR</b>				
<b>Déficiences relevées</b>				
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	2015-16	O	Nous sommes en processus d'octroi d'un contrat. Le service sera fonctionnel en 19-20.	PR

présentation de l'information financière. L'établissement devrait établir un processus pour recevoir, évaluer et conserver ces plaintes et pour y répondre de façon à protéger les parties prenantes.				
Il n'existe aucune 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	La politique a été approuvée par le Conseil d'administration le 28 novembre 2018 et est maintenant en application.	R
Il n'existe pas de politiques et 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 directive sera annexée à notre politique d'approvisionnement et une procédure est en cours d'élaboration et sera mise en place en 2019-2020. Nous avons par contre un processus de contrôle interne en place, en ce qui concerne les remboursements par carte de crédit.	PR
Il n'existe pas à l'intérieur des systèmes d'approvisionnement 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. La mise en place de ce type de contrôle permet de s'assurer que les contrôles opérationnels	2015-16	O	À notre meilleure connaissance, il n'y a pas eu de dérogation à la loi.  Nous sommes d'accord que plusieurs contrôles opérationnels ne sont pas automatisés, ce qui rend les processus non optimaux (formulaire papier).  Les processus de contrôle interne et d'automatisation sont en place. Ainsi, tous les cadres ont les niveaux d'autorisation établis. De	NR

<p>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>plus, un module de reddition de compte est disponible dans le système.</p> <p>La capacité de mettre en place ce module sera réévaluée en 2019 -2020.</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 avec notre fournisseur de système financier (Logibec) mais pour le moment cette option n'est pas offerte par ce dernier.</p> <p>Nous avons cependant restructuré nos services bancaires et établi un processus permettant de faire un suivi serré de notre trésorerie ce qui fait que nous maximisons la gestion de notre encaisse.</p>	<p>R</p>
<p>Au cours de nos travaux d'audit, notamment par discussions avec la direction et les responsables de la</p>	<p>2016-17</p>	<p>C</p>	<p>Un plan de travail et des tableaux de bord sont élaborés, afin de définir les processus en lien avec la gestion des risques.</p>	<p>PR</p>

<p>gouvernance, nous avons constaté que le CIUSSS n'avait pas de processus pour repérer, évaluer et répondre aux risques internes et externes. Si ces risques ne sont pas repérés, il se peut que le CIUSSS ne puisse prévenir un évènement ou une éventualité ni réagir à temps. En outre, cette situation pourrait avoir des répercussions sur l'information financière.</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 2019-2020.</p>	
<p><b>Présentation des obligations contractuelles liées aux ententes avec les RI et les RTF</b>                  La détermination des obligations contractuelles découlant des ententes avec les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF) découle actuellement d'un processus estimatif et peu précis.                   En effet, lors de notre audit, nous avons constaté que la direction ne tenait pas compte adéquatement des dates réelles d'échéance et de renouvellement des différentes ententes auprès de ces ressources. Une partie appréciable de la population était plutôt soumise à un calcul</p>	<p>2017-18</p>	<p>O</p>	<p>Un registre des ententes a été développé à l'aide de l'information disponible dans SIRTf, incluant la période de couverture du contrat et une méthodologie a été mise en place pour le calcul des engagements.</p>	<p>PR</p>

<p>global sur 3 ans et ce, peu importe les caractéristiques propres aux contrats en place.</p> <p>Suite à notre intervention et après une analyse approfondie de la direction, une correction de l'ordre de 43,3 M\$ a été apportée aux états financiers de l'exercice se terminant le 31 mars 2018.</p>				
<p><b>Documentation supportant la comptabilisation de débiteurs auprès du MSSS</b></p> <p>La direction du CIUSSS comptabilise divers débiteurs auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces sommes sont essentiellement des subventions à recevoir liées aux activités courantes du CIUSSS ou à certains programmes spécifiques gérés par l'établissement.</p> <p>Or, pour certaines sommes inscrites, dont celle de 12,5M\$ visant à combler le financement découlant de l'exploitation de l'Hôpital Sainte-Anne, nous n'avons pas été en mesure d'obtenir la documentation supportant l'autorisation de la subvention par le MSSS.</p> <p>Nous rappelons qu'en</p>	<p>2017-18</p>	<p>O</p>	<p>Nous avons obtenu la lettre du MSSS confirmant l'autorisation de la subvention pour l'Hôpital Sainte-Anne le 1er février 2019.</p> <p>Nous nous sommes assurés d'avoir toutes les pièces justificatives supportant nos débiteurs auprès du MSSS.</p>	<p>R</p>

vertu de la norme SP 3410 Paiements de transfert, la direction peut comptabiliser une subvention à recevoir uniquement lorsque celle-ci est autorisée par le cédant et que l'établissement satisfait à tous les critères d'admissibilité.				
<b>DÉFICIENCES TI RELEVÉES</b>				
<b>Déficiences TI relevées – Gérer l'accès</b>				
Les applications financières GRF et GRM ne sont pas configurées afin d'exiger les paramètres de mots de passe (complexité, longueur, changement périodique).  Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données	2015-16	O		Caduc voir nouveau point 18 (VGQ) ajouté en 2017-2018 à ce sujet
<b>Paramètres de gestion des mots de passe :</b> Certains paramètres de mots de passe sont à améliorer, tels que :  • Pour les environnements AD Windows (comtl) et GRH-Paie, le changement forcé du mot de passe est à 365 jours; • Pour les applications GRF et GRM, aucune	2017-18	O	Pour GRH-paie, nous sommes en attente d'une nouvelle version du fournisseur de système pour répondre à cet enjeu. Pour GRF, l'application ne permet pas les paramètres de mots de passe complexes. Cependant, la longueur minimale du mot de passe est maintenant de 8 caractères.  Nous allons procéder à	PR

<p>complexité obligatoire de mot de passe ni d'historique de dernier mot de passe;                  •Pour l'application GRF, la longueur minimale de mot de passe est de six caractères (la longueur maximale étant de huit caractères)                  •Pour l'application GRM, il n'y a pas de longueur minimale de caractères.</p>			<p>l'instauration de LDAP en 19-20 pour satisfaire au critère des mots de passe complexes.</p> <p>Pour GRM, les paramètres de mots de passe sont tous appliqués (complexité, longueur, changement périodique).</p>	
<p><b>Gestion des accès :</b>                  La gestion des accès visant les applications dans la portée de notre audit (GRF, GRH-Paie, GRM et SIRTf) n'est pas uniforme en ce qui concerne la documentation formelle des demandes et des autorisations lors des octrois, modifications ou retraits des droits d'accès.</p> <p>Par ailleurs, il n'y a pas de processus de révision formel et documenté des codes d'utilisateurs et des droits d'accès.</p> <p>Cette situation augmente le risque d'accès non autorisé et de transactions non autorisées dans les systèmes.</p> <p>Un document intitulé "Procédure Gestion des accès" présente quelques lignes directrices pour mettre en place un processus de gestion des accès.</p>	<p>2017-18</p>	<p>O</p>	<p>Notre procédure de gestion a été convertie en politique organisationnelle de gestion des accès.</p> <p>Cette politique a été approuvée par le comité de sécurité de l'information et en est à l'étape de validation des documents du service de gestion documentaire et ce, dans le respect de la nouvelle politique sur la gestion documentaire qui a été approuvée par le Conseil d'administration le 3 octobre 2018.</p> <p>Cette politique sera adoptée en 2019-2020.</p>	<p>PR</p>

<p><b>Modification des applications :</b>                  Le processus de gestion de maintenance des applications dans la portée de notre audit (GRF, GRH-Paie, GRM et SIRTF / Bathsaw) n'est pas toujours formel en ce qui concerne les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•La documentation de l'ensemble des modifications ;</li> <li>•La conservation de la documentation des tests ;</li> <li>•L'autorisation des modifications (demande de changement et demande de migration en production par le propriétaire des applications).</li> </ul> <p>Cette situation augmente le risque de modifications non autorisées et non testées des systèmes ainsi que des données.</p>	<p>2017-18</p>	<p>O</p>	<p>Nous avons élaboré un processus de gestion des changements aux systèmes et aux applications incluant des procédures de tests, d'autorisation et de mise en production. Lors du réhaussement de GRM/GRF en décembre 2018, ce processus a été suivi et contrôlé.</p>	<p>R</p>
<p><b>Déficiences TI relevées - Surveiller l'accès aux systèmes informatique</b></p>				
<p>Nous avons constaté qu'il n'y a pas d'approche structurée à l'égard de la surveillance des journaux</p> <p>Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.</p>	<p>2015-16</p>	<p>O</p>	<p>Nous avons réalisé un pilote permettant de tester un processus de base de surveillance de journaux et d'évaluer un outil SIEM (Security Information and Event Management). Un rapport a été déposé incluant des recommandations et des rapports de contrôle disponibles.</p>	<p>PR</p>

			L'application des recommandations du rapport nécessite l'affectation de nouvelles ressources humaines au niveau opérationnel de la sécurité de l'information. L'évaluation des ressources requises est en cours. Un rapport sera déposé à la direction des ressources informationnelles et du génie biomédical en 2019-2020.	
<b>Déficiences TI relevées - Continuité des opérations TI</b>				
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. L'infrastructure est installée et le plan de relève sera mis en place en 19-20.	PR

## SECTION 10 – LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Le processus d'établir et de diffuser une procédure pour faciliter la divulgation d'actes répréhensibles par les employés est présentement en cours d'actualisation. Entre temps, l'établissement a prévu une mesure transitoire soit l'identification de la Direction des ressources humaines, communication et affaires juridiques et la Direction des ressources financières comme responsables de recevoir les divulgations. Aucune divulgation n'a été recensée pour l'année 2018-2019.

Divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations <sup>1</sup>	0	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) <sup>2</sup>	Sans objet	0	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		0	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet	0	n/a
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		0	n/a
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		0	n/a
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		0	n/a
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement		0	n/a
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	n/a
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations		0	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	Sans objet		n/a
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé		Sans objet	Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 <sup>3</sup>	0	0	n/a

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.
2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.
3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.

# 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

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

# 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 circonstances<sup>1</sup>.

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

#### 4. CHAMP D'APPLICATION

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

#### 5. DISPOSITION FINALE

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

#### 6. DIFFUSION

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

---

<sup>1</sup> 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 assure 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

	2016-2017							2017-2018							2018-2019							% aug.
	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	193	289	185	136	6	809	47.5%	188	273	190	152	5	808	49.6%	233	332	245	184	5	999	48.0%
	Garçon	192	362	205	117	12	888	52.1%	194	368	147	96	4	809	49.7%	250	490	212	122	2	1 076	51.7%
	Inconnu	5	1	0	0	0	6	0.4%	5	5	0	1	0	11	0.7%	4	1	0	0	0	5	0.2%
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>652</b>	<b>390</b>	<b>253</b>	<b>18</b>	<b>1 703</b>	<b>49.9%</b>	<b>387</b>	<b>646</b>	<b>337</b>	<b>249</b>	<b>9</b>	<b>1 628</b>	<b>45.1%</b>	<b>487</b>	<b>823</b>	<b>457</b>	<b>306</b>	<b>7</b>	<b>2 080</b>	<b>51.7%</b>	<b>27.8%</b>
Signalements retenus	Fille	313	305	135	72	0	825	48.2%	348	387	157	99	1	992	50.1%	319	354	201	101	3	978	50.3%
	Garçon	322	391	125	48	0	886	51.8%	347	448	120	61	9	985	49.8%	370	422	112	54	8	966	49.7%
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0.0%	2	0	0	0	0	2	0.1%	1	0	0	0	0	1	0.1%
<b>Total</b>	<b>635</b>	<b>696</b>	<b>260</b>	<b>120</b>	<b>0</b>	<b>1 711</b>	<b>50.1%</b>	<b>697</b>	<b>835</b>	<b>277</b>	<b>160</b>	<b>10</b>	<b>1 979</b>	<b>54.9%</b>	<b>690</b>	<b>776</b>	<b>313</b>	<b>155</b>	<b>11</b>	<b>1 945</b>	<b>48.3%</b>	<b>-1.7%</b>
Signalements traités	Fille	506	594	320	208	6	1 634	47.9%	536	660	347	251	6	1 800	49.9%	552	686	446	285	8	1 977	49.1%
	Garçon	514	753	330	165	12	1 774	52.0%	541	816	267	157	13	1 794	49.7%	620	912	324	176	10	2 042	50.7%
	Inconnu	5	1	0	0	0	6	0.2%	7	5	0	1	0	13	0.4%	5	1	0	0	0	6	0.1%
<b>Total</b>	<b>1 025</b>	<b>1 348</b>	<b>650</b>	<b>373</b>	<b>18</b>	<b>3 414</b>	<b>100.0%</b>	<b>1 084</b>	<b>1 481</b>	<b>614</b>	<b>409</b>	<b>19</b>	<b>3 607</b>	<b>100.0%</b>	<b>1 177</b>	<b>1 599</b>	<b>770</b>	<b>461</b>	<b>18</b>	<b>4 025</b>	<b>100.0%</b>	<b>11.6%</b>

## SIGNALEMENTS RETENUS PAR PROBLÉMATIQUE

Problématiques	2016-2017							2017-2018							2018-2019						
	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	20.0%						1	20.0%			1	1	3	5	62.5%
	Garçon		1	2	1	4	2.6%		1	2	1		4	2.2%					3	3	1.5%
	Inconnu																				
<b>Total Abandon</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b></b>	<b>5</b>	<b>0.3%</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b></b>	<b>5</b>	<b>0.3%</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b></b>	<b>8</b>	<b>0.4%</b>	<b></b>	<b></b>	
Abus physique	Fille	43	63	31	14	151	40.6%	34	93	42	16		185	44.5%	30	94	50	24	1	199	48.4%
	Garçon	55	127	26	13	221	59.4%	43	149	21	14	3	230	55.3%	52	127	24	8	1	212	51.6%
	Inconnu												1	0.2%							
<b>Total Abus physique</b>	<b>98</b>	<b>190</b>	<b>57</b>	<b>27</b>	<b>372</b>	<b>21.7%</b>	<b>78</b>	<b>242</b>	<b>63</b>	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>416</b>	<b>21.0%</b>	<b>82</b>	<b>221</b>	<b>74</b>	<b>32</b>	<b>2</b>	<b>411</b>	<b>21.1%</b>	
Risque sérieux d'abus physique	Fille	19	15	3	1	38	56.7%	21	16	5	4		46	50.5%	33	20	5	1		59	54.6%
	Garçon	17	11	1		29	43.3%	23	17	2	2	1	45	49.5%	26	20	1	2		49	45.4%
	Inconnu																				
<b>Total Risque sérieux d'abus physique</b>	<b>36</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>67</b>	<b>3.9%</b>	<b>44</b>	<b>33</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>91</b>	<b>4.6%</b>	<b>59</b>	<b>40</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b></b>	<b>108</b>	<b>5.5%</b>	
Abus sexuel	Fille	7	15	16	6	44	66.7%	9	25	17	12		63	74.1%	11	15	10	8		44	83.0%
	Garçon	6	13	2	1	22	33.3%	6	9	4	3		22	25.9%	4	3		2		9	17.0%
	Inconnu																				
<b>Total Abus sexuel</b>	<b>13</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>66</b>	<b>3.9%</b>	<b>15</b>	<b>34</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b></b>	<b>85</b>	<b>4.3%</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b></b>	<b>53</b>	<b>2.7%</b>	
Risque sérieux d'abus sexuel	Fille	2	8	10	2	22	45.8%	13	13	8	6		40	54.8%	7	10	3	1		21	46.7%
	Garçon	6	16	1	3	26	54.2%	13	14	5	1		33	45.2%	11	11		1	1	24	53.3%
	Inconnu																				
<b>Total Risque sérieux d'abus sexuel</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>48</b>	<b>2.8%</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b></b>	<b>73</b>	<b>3.7%</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>45</b>	<b>2.3%</b>	
Mauvais traitements psychologiques	Fille	137	111	23	15	286	52.9%	147	127	32	19		325	54.0%	128	121	41	21	1	312	48.1%
	Garçon	119	116	17	3	255	47.1%	136	110	25	4	2	277	46.0%	167	134	23	10	2	336	51.8%
	Inconnu																			1	0.2%
<b>Total Mauvais traitements psychologiques</b>	<b>256</b>	<b>227</b>	<b>40</b>	<b>18</b>	<b>541</b>	<b>31.6%</b>	<b>283</b>	<b>237</b>	<b>57</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>602</b>	<b>30.4%</b>	<b>296</b>	<b>255</b>	<b>64</b>	<b>31</b>	<b>3</b>	<b>649</b>	<b>33.4%</b>	
Négligence	Fille	34	59	16	4	113	48.9%	42	45	11	7		105	42.3%	43	40	26	10	1	120	47.1%
	Garçon	51	49	16	2	118	51.1%	48	77	14	3	1	143	57.7%	43	72	14	5	1	135	52.9%
	Inconnu																				
<b>Total Négligence</b>	<b>85</b>	<b>108</b>	<b>32</b>	<b>6</b>	<b>231</b>	<b>13.5%</b>	<b>90</b>	<b>122</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>248</b>	<b>12.5%</b>	<b>86</b>	<b>112</b>	<b>40</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>255</b>	<b>13.1%</b>	
Risque sérieux de négligence	Fille	71	27	8	4	110	48.2%	81	61	11	9	1	163	51.7%	67	47	19	6		139	55.4%
	Garçon	67	39	11	1	118	51.8%	77	58	10	4	2	151	47.9%	67	36	5	1	3	112	44.6%
	Inconnu																			1	0.3%
<b>Total Risque sérieux de négligence</b>	<b>138</b>	<b>66</b>	<b>19</b>	<b>5</b>	<b>228</b>	<b>13.3%</b>	<b>159</b>	<b>119</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>315</b>	<b>15.9%</b>	<b>134</b>	<b>83</b>	<b>24</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>251</b>	<b>12.9%</b>	
Troubles de comportement sérieux	Fille		6	28	26	60	39.2%		7	31	26		64	44.4%		6	46	27		79	47.9%
	Garçon		18	50	25	93	60.8%		12	38	30		80	55.6%		19	42	25		86	52.1%
	Inconnu																				
<b>Total Troubles de comportement sérieux</b>	<b></b>	<b>24</b>	<b>78</b>	<b>51</b>	<b>153</b>	<b>8.9%</b>	<b></b>	<b>19</b>	<b>69</b>	<b>56</b>	<b></b>	<b>144</b>	<b>7.3%</b>	<b></b>	<b>25</b>	<b>88</b>	<b>52</b>	<b></b>	<b>165</b>	<b>8.5%</b>	
<b>Total</b>	Fille	313	305	135	72	825	48.2%	348	387	157	99	1	992	50.1%	319	354	201	101	3	978	50.3%
	Garçon	322	391	125	48	886	51.8%	347	448	120	61	9	985	49.8%	370	422	112	54	8	966	49.7%
	Inconnu																			1	0.1%
<b>TOTAL</b>	<b>635</b>	<b>696</b>	<b>260</b>	<b>120</b>	<b>1 711</b>	<b>100.0%</b>	<b>697</b>	<b>835</b>	<b>277</b>	<b>160</b>	<b>10</b>	<b>1 979</b>	<b>100.0%</b>	<b>690</b>	<b>776</b>	<b>313</b>	<b>155</b>	<b>11</b>	<b>1 945</b>	<b>100.0%</b>	

## PROVENANCE DES SIGNALEMENTS TRAITÉS

Signalements	2016-2017				2017-2018				2018-2019			
	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%
<b>Milieu familial</b>												
Parent	159	74	233	6.4%	149	90	239	6.2%	180	74	254	5.8%
Fratrie	39	47	86	2.4%	44	59	103	2.7%	39	46	85	1.9%
Enfant lui-même	9	1	10	0.3%	2	6	8	0.2%	6	3	9	0.2%
Conjoint du parent	6	3	9	0.2%	5	1	6	0.2%	7	2	9	0.2%
<b>Total Milieu familial</b>	<b>213</b>	<b>125</b>	<b>338</b>	<b>9.2%</b>	<b>200</b>	<b>156</b>	<b>356</b>	<b>9.2%</b>	<b>232</b>	<b>125</b>	<b>357</b>	<b>8.1%</b>
<b>Employés des différents organismes</b>												
Employé d'un CJ	120	207	327	8.9%	139	239	378	9.7%	37	68	105	2.4%
Employé d'un CSSS	107	154	261	7.1%	112	139	251	6.5%	44	40	84	1.9%
Employé d'un CH ou médecin	112	158	270	7.4%	150	172	322	8.3%	163	170	333	7.6%
Employé d'un milieu de garde	8	8	16	0.4%	11	7	18	0.5%	8	10	18	0.4%
Employé d'un organisme	160	112	272	7.4%	120	137	257	6.6%	262	231	493	11.2%
Famille d'accueil	2	4	6	0.2%	1	3	4	0.1%	0	0	0	0.0%
Autres professionnels	18	17	35	1.0%	17	9	26	0.7%	36	8	44	1.0%
Source inconnue												
Employé d'un CI	0	0	0	0.0%	0	0	0	0.0%	160	193	353	8.0%
<b>Total Employés des différents organismes</b>	<b>527</b>	<b>660</b>	<b>1 187</b>	<b>32.4%</b>	<b>550</b>	<b>706</b>	<b>1 256</b>	<b>32.4%</b>	<b>710</b>	<b>720</b>	<b>1 430</b>	<b>32.6%</b>
<b>Milieu scolaire</b>	<b>308</b>	<b>383</b>	<b>691</b>	<b>18.9%</b>	<b>307</b>	<b>480</b>	<b>787</b>	<b>20.3%</b>	<b>482</b>	<b>436</b>	<b>918</b>	<b>20.9%</b>
<b>Milieu policier</b>	<b>578</b>	<b>600</b>	<b>1 178</b>	<b>32.2%</b>	<b>532</b>	<b>709</b>	<b>1 241</b>	<b>32.0%</b>	<b>699</b>	<b>745</b>	<b>1 444</b>	<b>32.9%</b>
<b>Communauté</b>												
Voisins	159	86	245	6.7%	130	75	205	5.3%	115	82	197	4.5%
Autres personnes	14	5	19	0.5%	23	12	35	0.9%	25	15	40	0.9%
<b>Total Communauté</b>	<b>173</b>	<b>91</b>	<b>264</b>	<b>7.2%</b>	<b>153</b>	<b>87</b>	<b>240</b>	<b>6.2%</b>	<b>140</b>	<b>97</b>	<b>237</b>	<b>5.4%</b>
<b>Total</b>	<b>1 799</b>	<b>1 859</b>	<b>3 658</b>	<b>100.0%</b>	<b>1 742</b>	<b>2 138</b>	<b>3 880</b>	<b>100.0%</b>	<b>2 263</b>	<b>2 123</b>	<b>4 386</b>	<b>100.0%</b>

## ENFANTS AYANT FAIT L'OBJET D'UN SIGNALEMENT

	2016-2017						2017-2018						2018-2019							
	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	847	1 091	490	294	22	2 744	852	1 147	470	304	17	2 790	1.7%	946	1 238	564	349	16	3 113	11.6%
Enfants ayant fait l'objet d'au moins un signalement retenu	549	607	227	105	12	1 500	591	696	235	131	9	1 662	10.8%	563	614	248	121	10	1 556	-6.4%

## NOMBRE D'ÉVALUATIONS/ORIENTATIONS ET DÉCISIONS DU DIRECTEUR PROVINCIAL

Décisions d'orientation	2017-2018		2018-2019	
	Nombre	%	Nombre	%
Mettre fin à l'intervention	1	1%	0	0%
Référer le jeune au PPCP	36	24%	24	16%
Appliquer des sanctions extrajudiciaires	115	76%	130	84%
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

## **RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2018-2019**

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 

2018

2019

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



PHOTO : ADOBE STOCK

Faits saillants  
**Rapport annuel de gestion**



**FAITS SAILLANTS**  
**RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2018-2019**

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](mailto:communications.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

Juin 2019

[www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca)



LA POPULATION AU COEUR  
DE NOS ACTIONS.  
EFFICACITÉ.  
ENGAGEMENT.  
PERTINENCE.  
ÉCOUTE.  
COMPRÉHENSION.



**Les liens qui  
nous unissent**



**D** **DIRECTION**  
des services  
professionnels

**AMÉLIORER CONSTAMMENT L'ACCÈS À NOS SERVICES. DE MULTIPLES FAÇONS. Y COMPRIS PAR LA COORDINATION DES ACTIVITÉS MÉDICALES, DENTAIRES ET PHARMACEUTIQUES. UNE DIRECTION OMNIPRÉSENTE. VOTRE MIEUX-ÊTRE, NOTRE RAISON D'ÊTRE. EN TOUTE CONFIDENTIALITÉ.**

### **PROTÉGER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE NOS USAGERS : UNE RÉELLE PRÉOCCUPATION!**

En novembre 2018, le Service des archives médicales de notre CIUSSS a lancé une campagne de sensibilisation à la confidentialité. L'occasion idéale pour prendre connaissance des règles qui protègent les renseignements personnels et la vie privée de notre clientèle.

Au quotidien, le Service des archives médicales accompagne les usagers dans leurs demandes d'accès aux dossiers médicaux. Il répond aussi à plusieurs questions liées au respect des droits des usagers et soutient les intervenants et les médecins lors de la consultation de dossiers. Ce ne sont que quelques exemples concrets de protection de la confidentialité.

L'ENGAGEMENT À LA  
CONFIDENTIALITÉ  
EST SIGNÉ PAR  
TOUS NOS  
EMPLOYÉS.



### **LE SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES EN QUELQUES CHIFFRES**

**34 424**



DEMANDES D'ACCÈS  
AUX DOSSIERS MÉDICAUX



**14** POINTS  
DE SERVICE



**41** ARCHIVISTES  
MÉDICALES





## UNE INFIRMIÈRE AU BOUT DU FIL

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, les établissements du réseau ont été appelés à recenser tous les dossiers des patientes ayant reçu des implants mammaires depuis 1995. L'objectif? Identifier précisément celles ayant eu une pose d'implants mammaires texturés. Notre CIUSSS a rapidement mis en place une ligne téléphonique à la disposition de ces patientes pour répondre à leurs questions.

## CLINIQUES D'HIVER

### OUVERTURE DE DEUX CLINIQUES D'HIVER SUR NOTRE TERRITOIRE

En cas de symptômes de gastro-entérite, de grippe, ou d'infections nécessitant une consultation médicale. Une option pratique pour éviter l'urgence.



PHOTO : ADOBE STOCK

## DE NOUVELLES SUPER-CLINIQUES (GMF-RÉSEAU)

LES BONS SOINS,  
AU BON ENDROIT,  
DANS LES MEILLEURS DÉLAIS

7 jours/  
semaine



84 heures/  
semaine

Cette porte d'entrée permet d'éviter que des cas non urgents et semi-urgents engorgent l'urgence. En complémentarité à l'offre de service d'un groupe de médecine familiale, des services de prélèvements, d'imagerie médicale et de consultations spécialisées sont offerts à proximité.

2 MAI  
2018

Annnonce de l'ouverture de la super-clinique Brunswick  
18<sup>e</sup> super-clinique à Montréal (36<sup>e</sup> au Québec)

17 AOÛT  
2018

Annnonce de l'implantation de la super-clinique MedNam Lachine.  
26<sup>e</sup> super-clinique à Montréal (49<sup>e</sup> au Québec)

4 GMF-RÉSEAU  
SUR NOTRE  
TERRITOIRE



- GMF STILLVIEW - POINTE-CLAIRE
- CENTRE MÉDICAL BRUNSWICK
- CLINIQUE MEDNAM - LACHINE
- GMF-U ST. MARY'S

## SE SONT JOINTS À NOS ÉQUIPES AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE...



22  
MÉDECINS  
DE FAMILLE

49  
MÉDECINS  
SPÉCIALISTES

6  
PHARMACIENS



► **DIRECTION**  
des soins  
infirmiers

**LE CONTACT DE PREMIÈRE IMPORTANCE AVEC LA POPULATION. QUE CE SOIT EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS, EN URGENCE, EN NÉPHROLOGIE OU EN CANCÉROLOGIE. LES INFIRMIER(ÈRE)S SONT PARTOUT. 24/7!**

**PARLONS NÉPHRO**

- **UN OUTIL DE COMMUNICATION INTERDÉPARTEMENTAL.**
- **UN TRANSFERT D'INFORMATIONS ENTRE LES DIFFÉRENTS CLINIENS.**
- **UNE SÉCURITÉ ACCRUE POUR LES PATIENTS.**



PHOTO : ADOBE STOCK

Instauré depuis l'automne 2018, *Parlons Néphro* permet de prodiguer des soins et des services sécuritaires aux patients nécessitant des traitements pour insuffisance rénale. Ceux-ci sont admis sur trois unités de soins au Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) et à l'Hôpital général du Lakeshore.

*Parlons Néphro* est basé sur les meilleures pratiques. Cet outil a été mis de l'avant à l'unité de dialyse du CHSM par des étudiants en soins infirmiers de l'Université McGill. Sa simplicité le caractérise : une fiche est transmise chaque fois qu'il y a transition d'infirmier(ère) ou de patient. Ce processus est structuré et formel. En fait, c'est un rapport de communication détaillé rempli par les infirmier(ère)s. Une véritable mine d'or d'informations.

L'utilisation de cet outil est devenue indispensable et son efficacité fait consensus auprès des néphrologues et des infirmier(ère)s!

**DES RÉSULTATS REMARQUABLES!**



AMÉLIORATION DE L'ACUITÉ DES INFORMATIONS



MEILLEURE COLLABORATION DES ÉQUIPES DE SOINS



AUGMENTATION DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS



MEILLEURE CONTINUITÉ DES SOINS

## L'HYGIÈNE DES MAINS

- **UN TRAVAIL DE COLLABORATION.**
- **UNE PROTECTION POUR NOS USAGERS, NOTRE PERSONNEL ET NOS FAMILLES.**
- **UNE VOLONTÉ D'ASSURER LA PÉRENNITÉ DES BONNES PRATIQUES.**

Après plusieurs activités de sensibilisation dans nos trois centres hospitaliers en 2017, au tour de nos huit centres d'hébergement et de soins de longue durée de faire l'objet d'une vaste campagne d'hygiène des mains cette année. Dans notre CIUSSS, pas de laxisme! Les efforts déployés sont récurrents.

**+ 29 000 OBSERVATIONS DE LA TECHNIQUE DU LAVAGE DES MAINS**

**55**  **SECTEURS / UNITÉS DE VIE VÉRIFIÉS**

Parmi les initiatives recensées : des affiches sur le lavage des mains, des rencontres avec toutes les équipes cliniques, des kiosques d'information et des observations sur la technique du lavage des mains. Aucun relâchement n'est permis!

**AU PALMARÈS DES BONNES RAISONS POUR SE LAVER LES MAINS SOUVENT : LES MILLIERS D'OBJETS QUE NOUS TOUCHONS CHAQUE JOUR.**

**SAVIEZ-VOUS QUE 80 % DES MICROBES SE TRANSMETTENT PAR LES MAINS?**

**SAVIEZ-VOUS QUE...**

les bactéries peuvent survivre

**3 HEURES**  
sur vos mains?



### QUELQUES EXEMPLES POUR VOUS CONVAINCRE :

VOUS UTILISEZ LES TRANSPORTS EN COMMUN?

Le métro est un véritable foyer de germes!



LES POIGNÉES DE PORTE...

Imaginez combien de personnes y ont touché avant vous!



+ DE 7 000 BACTÉRIES DIFFÉRENTES cohabitent sur votre téléphone!



VOUS UTILISEZ UN ORDINATEUR? Le clavier contient plus de bactéries qu'une poubelle!





DIRECTION  
du programme  
jeunesse

**RECONNAÎTRE LE POTENTIEL ILLIMITÉ  
ET LES CAPACITÉS INSOUÇONNÉES.  
NOS JEUNES SONT NOTRE FUTUR.  
NOTRE RÔLE, COMBLER LEURS  
BESOINS POUR PERMETTRE LEUR PLEIN  
ÉPANOUISSEMENT. SANS RIEN NÉGLIGER.**

## UN NOUVEL ESPACE COMMUNAUTAIRE POUR LES JEUNES

- L'ADOLESCENCE, UN PASSAGE OBLIGÉ.
- AVEC SES HAUTS... ET SES BAS.

Devant certaines situations stressantes, complexes ou incontrôlables, les adolescents n'ont pas toujours accès à l'aide souhaitée. Une transformation de nos services en santé mentale jeunesse a récemment été effectuée pour mieux répondre à leurs besoins. L'implantation du programme *ACCESS Esprits ouverts* – un projet de recherche pancanadien.



DES PROBLÈMES DE SANTÉ  
MENTALE APPARAISSENT  
À L'ADOLESCENCE ET AU  
DÉBUT DE L'ÂGE ADULTE

**500** JEUNES ÂGÉS DE 11 À 25 ANS  
PEUVENT FRÉQUENTER, DEPUIS AVRIL 2018, UN NOUVEL  
ESPACE COMMUNAUTAIRE AU CLSC DE DORVAL-LACHINE

Il s'agit de *l'Espace tranquille*. Pour relaxer entre pairs. Mais aussi pour recevoir de l'aide psychosociale. Des services utiles et conviviaux, qui facilitent l'identification des signes précurseurs d'un problème de santé mentale et une intervention précoce auprès des jeunes.

Inauguré officiellement le 7 décembre 2018, *l'Espace tranquille* a fait l'objet de plusieurs reportages dans les médias, tels que [The West Island Gazette](#), [The Suburban](#) et le [Messager de LaSalle](#).



**Seulement  
20 à 25 %**

DES JEUNES CANADIENS  
FAISANT FACE À CES DÉFIS  
REÇOIVENT UNE AIDE  
APPROPRIÉE

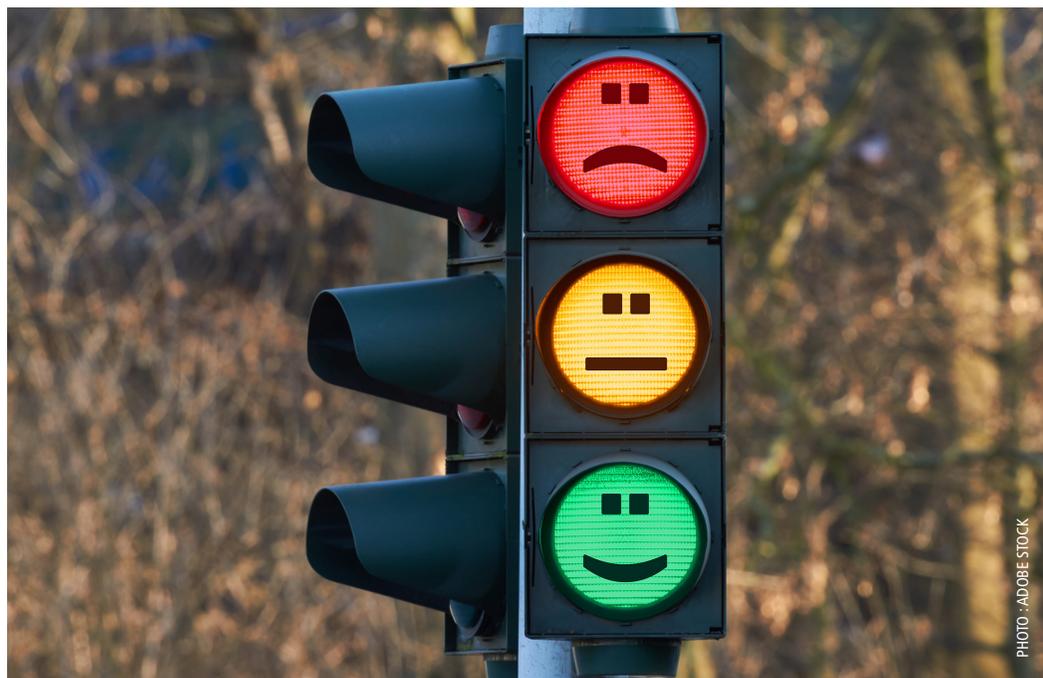




PHOTO : ADOBE STOCK

## L'ALLAITEMENT MATERNEL

- BÉNÉFIQUE POUR LA MÈRE ET L'ENFANT.
- DES CONSEILS PRATIQUES. DES HISTOIRES VÉCUES.



L'allaitement maternel est souvent envisagé comme un processus simple et naturel, mais il comporte également son lot de défis. C'est pour bien préparer les futures mamans et mieux les informer sur l'allaitement, qu'une [vidéo éducative](#) bilingue a été produite par la Direction du programme jeunesse de notre CIUSSS (disponible sur notre site Web sous l'onglet Soins et services > Grossesse et services de périnatalité > Services aux femmes enceintes).

On y entend des témoignages relatant les appréhensions de plusieurs mères ainsi que certaines difficultés qu'elles ont éprouvées. Mais aussi comment elles ont réussi à les surmonter. Prenez connaissance de l'opinion de plusieurs experts et accédez à des capsules d'informations.



### UN RÉEL SUCCÈS SUR FACEBOOK :

PLUS DE 4 000 UTILISATEURS ATTEINTS  
PLUS DE 200 CLICS SUR LA PUBLICATION  
PRÈS DE 100 INTERACTIONS

## NOUVELLES PATIENTES RECHERCHÉES!

- SUIVI DE GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT.
- SOINS ET SERVICES EN PÉRINATALITÉ.
- LE PLUS GRAND CENTRE ACCOUCHEUR AU QUÉBEC.

Vous êtes enceinte? À la recherche d'une sage-femme, d'un médecin de famille ou d'un obstétricien-gynécologue pour assurer le suivi de votre grossesse, et vous assister au moment d'accoucher? La solution est ici. Ne cherchez plus. En collaboration avec la Direction du programme jeunesse, nous avons dressé une liste des professionnels offrant des soins et services en périnatalité dans nos établissements. Consultez-la [ici](#).

**9 200** NAISSANCES/  
ANNÉE



**3** HÔPITAUX  
**1** MAISON DE  
NAISSANCE



## ► DIRECTION

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

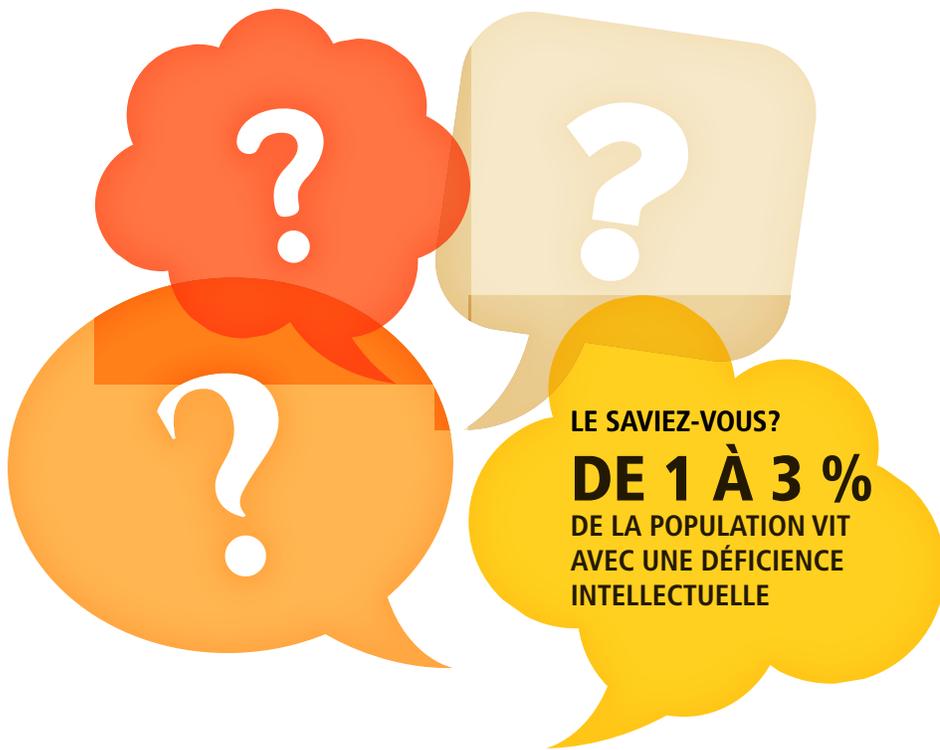
**MISER SUR L'INTÉGRATION ET LA PARTICIPATION SOCIALES. QUELLES QUE SOIENT LEURS DIFFÉRENCES. PEU IMPORTE L'ÂGE. UNE MISSION PROFONDE. NOUS Y GAGNONS TOUS.**

## **UNE INTÉGRATION RÉUSSIE GRÂCE AUX PLATEAUX DE TRAVAIL**

- **DÉVELOPPER SES APTITUDES SOCIALES ET SON AUTONOMIE.**
- **AMÉLIORER ET PERFECTIONNER SES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES.**
- **FRÉQUENTER UN MILIEU DE TRAVAIL INTÉGRÉ, ENCADRÉ PAR DES PROFESSIONNELS.**

Voilà les opportunités offertes aux usagers qui s'activent dans un plateau de travail de la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique. L'objectif ultime : favoriser l'inclusion et la participation sociales des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Ces milieux permettent aux usagers de s'accomplir. Ils leur donnent l'occasion également de contribuer positivement et concrètement aux services offerts aux résidents et à l'ensemble de la société.





<p><b>+800</b>          personnes œuvrent sur un plateau de travail</p> 	<p><b>24</b>          plateaux de travail au sein de la DI-TSA-DP</p> <p><b>307</b>          participants</p>	<p><b>50</b>          éducateurs</p> <p><b>17</b>          assistants accompagnateurs</p> 
---	---	---

## DES PROGRAMMES CONÇUS SPÉCIALEMENT POUR LES ADULTES

Le parcours scolaire d'une personne vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme se termine à 21 ans. Passé cet âge, celle-ci conserve toutefois un plein accès aux services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux.

Il existe toute une panoplie de programmes destinés aux adultes. Pour les accompagner dans la réalisation de leur projet de vie, tout en favorisant leur inclusion sociale. Ces programmes sont soigneusement élaborés afin de répondre adéquatement aux besoins spécifiques et aux intérêts de chacun.

## DES HÉROS QUI FONT UNE DIFFÉRENCE AU QUOTIDIEN

À l'occasion du Mois de l'autisme, [CTV News](#) a rencontré Justin Sinclair-Smith, atteint du syndrome d'Asperger et usager de nos services. Reconnu pour sa rigueur et son dévouement au travail, Justin est grandement apprécié par ses collègues et les clients qu'il côtoie à la Maison Saint Columba, à Pointe-Saint-Charles.

Dans le cadre de la Semaine québécoise de la déficience intellectuelle, en mars, le journal [West Island Gazette](#) a réalisé un fabuleux reportage mettant en vedette Zoe Chalkousi, une participante au plateau de travail en place à l'Hôpital Sainte-Anne. Une jeune femme attachante, vivant avec une déficience physique et intellectuelle légère, qui offre généreusement son temps pour le bien-être d'autrui.





## DIRECTION

adjointe, à la responsabilité populationnelle et aux partenariats



**363**

USAGERS ET EMPLOYÉS RENCONTRÉS

**118**

INTERVENTIONS EN CENTRES D'ABANDON DU TABAGISME



**107**

PARTICIPANTS AUX SESSIONS D'ORIENTATION

## AVANTAGES D'UN CORRIDOR DE SERVICES POUR LA CESSATION TABAGIQUE:

### » DIMINUER :

- les effets secondaires liés aux traitements
- le risque de complications opératoires
- le risque de récurrence de développer un deuxième cancer primaire

### » RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ

### » MIEUX GÉRER LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À LA NICOTINE

**VEILLER À VOTRE SANTÉ ET À VOTRE BIEN-ÊTRE. EN INNOVANT. EN VOUS ACCOMPAGNANT. EN RÉPONDANT PRÉSENT. EN ÉTANT UN PARTENAIRE DE PREMIÈRE MAIN.**



## UN CORRIDOR DE SERVICES POUR LA CESSATION TABAGIQUE EN CANCÉROLOGIE. UN OBJECTIF : AMÉLIORER LA RÉPONSE AUX TRAITEMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE ET DE RADIOTHÉRAPIE.

Il s'agit d'établir une démarche globale et intégrée pour les usagers fumeurs atteints de cancer et pour leurs proches. En facilitant l'accès à la pharmacothérapie pour la cessation tabagique, par l'entremise du personnel infirmier prescripteur. Une collaboration entre la Direction adjointe à la responsabilité populationnelle et aux partenariats et la Direction des soins infirmiers.

En utilisant l'approche « Connaissez-vous des fumeurs? », les patients et leurs proches sont sensibilisés à l'impact de l'exposition à la fumée du tabac. Tout en améliorant leurs connaissances du traitement contre le tabagisme. Tout en évitant la stigmatisation et la culpabilité.

Au Centre hospitalier de St. Mary, ce traitement implanté cette année au moment du diagnostic, sera ajouté sous peu dès l'investigation pour suspicion de cancer. Notre prochaine cible : offrir le même service à l'Hôpital général du Lakeshore au cours de l'année à venir.





PHOTO : ADOBE STOCK

## LES COMITÉS DES USAGERS / RÉSIDENTS VEILLENT AU GRAIN

Gardiens des droits de tous les usagers et résidents qui reçoivent des soins et des services dans un établissement de santé et de services sociaux au Québec. Voilà le mandat premier des comités des usagers/résidents. Nous sommes privilégiés. Notre établissement en compte 14!

Vous souhaitez vous impliquer? Sachez que le recrutement se fait en continu.

<b>1</b> COMITÉ DES USAGERS pour l'ensemble du CIUSSS	»	<b>9</b> membres actifs
<b>7</b> COMITÉS DES USAGERS dans diverses installations	»	<b>36</b> membres actifs
<b>6</b> COMITÉS DES RÉSIDENTS dans diverses installations	»	<b>51</b> membres actifs

### AU NOMBRE DE LEURS FONCTIONS :

- Les renseigner sur leurs droits et leurs obligations;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents;
- Évaluer leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus;
- Défendre leurs droits et leurs intérêts, que ce soit sur une base individuelle ou collective;
- Les accompagner et les soutenir, sur demande, dans toute démarche qu'un usager ou un résident entreprend, y compris lorsqu'il désire formuler une plainte.

## INTOXICATION AU MONOXYDE DE CARBONE À L'ÉCOLE PRIMAIRE DES DÉCOUVREURS, À LASALLE

**14 JANVIER 2019 – NOUS ESPÉRONS TOUS ÉVITER DE VIVRE CE GENRE D'INCIDENT. NOTRE CIUSSS A RÉPONDU PRÉSENT RAPIDEMENT.**

Notre personnel s'est mobilisé pour apporter tout le soutien nécessaire. Plusieurs directions cliniques et de soutien ont joué un rôle de premier plan.



PHOTO : RADIO-CANADA

LIGNE TÉLÉPHONIQUE 24/7 DÉDIÉE AUX FAMILLES POUR UN SOUTIEN PSYCHOSOCIAL



SESSIONS D'INFORMATION ET DE SOUTIEN POUR LES PARENTS



SUIVI INDIVIDUEL AUPRÈS DES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES



SERVICES MÉDICAUX



CLINIQUE MOBILE PENDANT 2 JOURS À L'ÉCOLE, COMPOSÉE NOTAMMENT D'INFIRMIÈRES SCOLAIRES ET DE TRAVAILLEURS SOCIAUX



**D** **DIRECTION**  
des services  
multidisciplinaires

**15** ORDRES  
PROFESSIONNELS

**2370**

PROFESSIONNELS  
MEMBRES DU CONSEIL  
MULTIDISCIPLINAIRE



**MISER SUR L'INTERDISCIPLINARITÉ  
ET LA COLLABORATION. PARTAGER  
L'EXPERTISE. DANS LE RESPECT. LA RECETTE  
GAGNANTE DES PROFESSIONNELS QUI  
VEILLENT SUR VOUS.**

## **ENCADREMENT DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE**

Réaliser des exploits en toutes circonstances. L'équipe responsable du soutien aux pratiques professionnelles s'y exerce, jour après jour. Elle voit notamment à la qualité de la pratique et à l'amélioration continue des services. Du développement à la mise à jour des compétences, en passant par le soutien à la dotation, à l'encadrement clinico-administratif et à la programmation des activités. Autant d'exemples qui valent leur pesant d'or.

**CETTE ANNÉE, PLUS DE 250 MANDATS ONT ÉTÉ OCTROYÉS.**

DEMANDES DE CONSULTATIONS, DEMANDES D'AIDE POUR ÉLABORER DES FORMATIONS, CONTRIBUTION À DES PROJETS TOUCHANT L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES ET PARTICIPATION À UNE TRENTAINE DE COMITÉS. ET CE, DANS TOUTES LES DIRECTIONS DU CIUSSS!

## EN 2018 - 2019

**841**



PROFESSIONNELS ONT  
BÉNÉFICIÉ DE SOUTIEN  
DE GROUPE

**155**



RENCONTRES  
D'ENCADREMENT  
INDIVIDUEL

**60**



ACTIVITÉS  
DE FORMATION

**350**



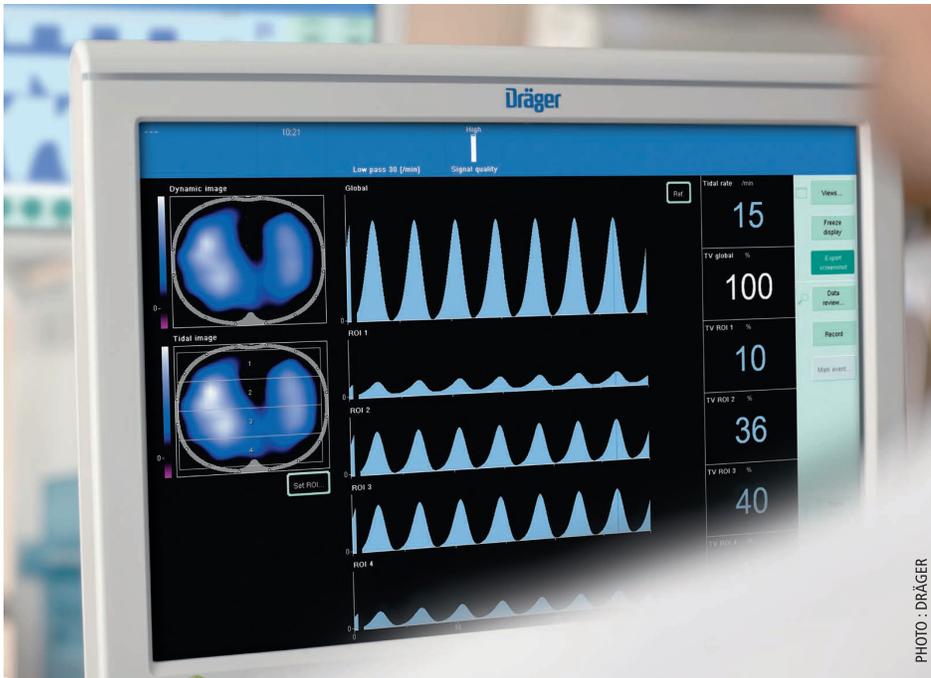
PERSONNES SOUS LE  
RÉGIME DE LA PROTECTION  
(CURATEUR PUBLIC)



## L'HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE ACCUEILLE UNE NOUVELLE TECHNOLOGIE

Les patients qui fréquentent l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital général du Lakeshore bénéficient désormais d'une nouvelle technologie. Le *PulmoVista 500*, un appareil de tomographie par impédance électrique, permet de voir en temps réel l'aération des poumons.

Mieux encore, l'imagerie et les algorithmes facilitent les interventions réalisées au chevet du patient, tout en prévenant les blessures imputables à la ventilation mécanique. L'ajustement du niveau d'oxygène, selon les besoins, est alors grandement facilité.

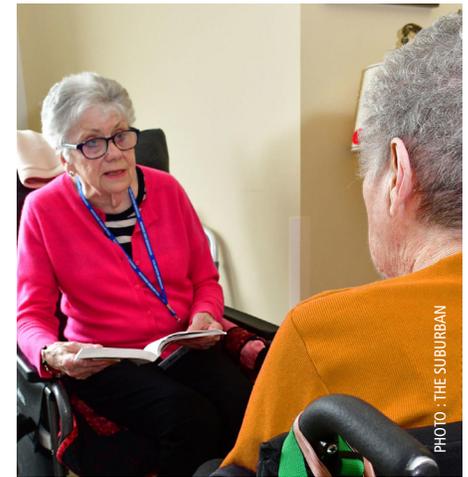


Faisant appel à des pratiques novatrices, cette nouvelle technologie améliore sensiblement les traitements en inhalothérapie offerts aux usagers, accélérant ainsi leur récupération.

Merci au Service des bénévoles Auxiliaires de l'Hôpital général du Lakeshore pour l'acquisition de ce précieux appareil!

## QUAND L'IMPROVISATION RASSEMBLE!

Éclats de rire nombreux au Centre d'hébergement de LaSalle. La raison : une séance d'improvisation présentée aux résidents mettant en vedette plusieurs employés de cette installation. L'événement était organisé dans le cadre de la Semaine provinciale du loisir de la Fédération québécoise du loisir en institution. En ajoutant ceux qui ont joué aux improvisateurs et d'autres qui ont encouragé et aidé les résidents à voter pour les plus belles performances, le taux de participation a atteint près de 100 %. Un beau succès!



## IL ÉTAIT UNE FOIS...

Mary Jefferies a commencé à faire du bénévolat à l'Hôpital Sainte-Anne, peu après le décès de son mari, en offrant ses services pour faire la lecture aux résidents et vétérans de l'Hôpital. Le journal hebdomadaire local [The Suburban](#) en a fait un reportage.



## ACCESSIBILITÉ AMÉLIORÉE AU BÉNÉVOLAT !

- **UN SEUL NUMÉRO**  
514 761-6131, poste 2769
- **UN SEUL COURRIEL**  
benevolat.comtl@ssss.gouv.qc.ca
- **UNE PAGE WEB BONIFIÉE**  
Fiches descriptives par type de clientèle

DU 22 FÉVRIER AU 17 MARS 2019,  
PORTÉE DE NOTRE CAMPAGNE  
DE RECRUTEMENT SUR LES  
MÉDIAS SOCIAUX

**12 826»** PERSONNES  
JOINTES



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

## ARRIMER NOS SOINS ET SERVICES AUX BESOINS DES AÎNÉS. POUR Y PARVENIR : INNOVATION, PARTAGE, ÉCOUTE ET RESPECT.

### UNE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE PLUS PRÈS DE CHEZ SOI...

Un épisode de soins aigus en milieu hospitalier. Un moment pour le moins éprouvant pour une personne âgée. Avant d'envisager un retour à domicile, il faut parfois se soumettre à une période de réadaptation.

Bonne nouvelle! Depuis octobre 2018, notre CIUSSS offre des soins et services de réadaptation fonctionnelle intensive à l'Hôpital Sainte-Anne. L'ouverture d'une unité de 22 lits de réadaptation en santé physique bénéficie, sur une base temporaire, à des usagers ayant subi un déclin fonctionnel. Sur place, ces derniers ont accès à une chambre privée, des gymnases, des services de réadaptation et des plateaux techniques.

### NOS LITS D'HÉBERGEMENT/ DE RÉADAPTATION

**1 471** LITS DE SOINS  
DE LONGUE DURÉE

**109** LITS DE SOINS  
POSTAIGUS 

**22** LITS DE SOINS DE RÉADAPTATION  
FONCTIONNELLE INTENSIVE



### EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE, ON RETROUVE...

UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE SPÉCIALISÉE À L'ŒUVRE :  
PHYSIOTHÉRAPEUTE, ERGOTHÉRAPEUTE, THÉRAPEUTE  
EN RÉADAPTATION PHYSIQUE, PHARMACIEN, MÉDECIN,  
ORTHOPHONISTE, TRAVAILLEUR SOCIAL, NUTRITIONNISTE,  
INFIRMIÈRE ET PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES.





PHOTO : CONSULAT GÉNÉRAL DE CORÉE À MONTRÉAL

## IL Y A 65 ANS PRENAIT FIN LA GUERRE DE CORÉE

Le 27 juillet 2018 marquait le 65<sup>e</sup> anniversaire de l'armistice de la guerre de Corée. Question d'honorer les vétérans de ce conflit qui résident à l'Hôpital Sainte-Anne, une cérémonie commémorative officielle a été organisée conjointement avec le Consulat général de la République de Corée à Montréal. Près de 200 personnes tenaient à rendre hommage à ces héros, trop souvent oubliés.

### ANCIENS COMBATTANTS À L'HÔPITAL SAINTE-ANNE

♂  
**131**  
HOMMES

♀  
**9**  
FEMMES

**127** VÉTÉRANS DE LA  
2<sup>e</sup> GUERRE MONDIALE

**13** VÉTÉRANS DE LA  
GUERRE DE CORÉE

## LA PROCHE AIDANCE D'ÂÎNÉS : IL FAUT EN PARLER!

Notre CIUSSS est fier d'avoir présenté, en janvier 2019, le premier « Forum sur la proche aidance : Partage et expertise », de concert avec l'organisme *L'Appui Montréal*. Les principaux objectifs de ce rassemblement : développer une compréhension partagée du soutien aux proches aidants d'âinés; réfléchir sur les besoins prioritaires des proches aidants d'âinés du territoire de l'Ouest de Montréal; partager des solutions réalistes aux différents enjeux.



### SUR NOTRE TERRITOIRE, 54 000 PROCHE AIDANTS D'ÂÎNÉS

**35 000**

OCCUPENT  
UN EMPLOI



**16 000**

SONT DES  
IMMIGRANTS



**7 500**

CONSACRENT  
10 HEURES ET PLUS  
PAR SEMAINE À UN ÂÎNÉ



## FAVORISER LA MOBILISATION ET LA STIMULATION COGNITIVE

Du côté de l'Unité de gériatrie 5 Nord, du Centre hospitalier de St. Mary, le projet-pilote « Marchez et échangez! » touche la mobilisation et la stimulation cognitive. Des bénévoles encouragent les âinés à la marche et engagent la conversation. Se faisant, ils favorisent la prévention du syndrome d'immobilisation et du délirium, des conséquences souvent liées à l'hospitalisation des personnes âgées.



PHOTO : CIUSSS ODIM



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

**OFFRIR DU SOUTIEN AUX ENFANTS  
VULNÉRABLES. LES AIMER. LES PROTÉGER.  
LES ACCOMPAGNER. LES RECONNAÎTRE.  
C'EST CE QUI ANIME LA DIRECTION DE  
LA PROTECTION DE LA JEUNESSE DANS  
CHACUNE DE SES ACTIONS.**

### **À LA MÉMOIRE D'UN HOMME EXCEPTIONNEL**

- **DES DÉCENNIES DE SOUTIEN.**
- **UNE LUTTE CONTINUE POUR LES DROITS  
DES JEUNES EN DIFFICULTÉ.**
- **UNE EMPREINTE INDÉLÉBILE.**



PHOTO : CHRIS DODSON - CADIMAGE

Manuel G. « Manny » Batshaw avait à cœur le bien-être des enfants. Il y a dédié sa vie entière. Afin de souligner sa contribution exceptionnelle à la cause des jeunes en difficulté, une plaque commémorative en bronze a été inaugurée en avril dernier. Bien en vue à l'entrée des centres qui portent son nom. Une empreinte de sa main, réalisée de son vivant.

Le symbole est important. M. Batshaw a tendu la main toute sa vie aux enfants en difficulté. Cette plaque s'inscrit dans la pensée de cet homme de cœur. Il avait pour maxime : « Il ne t'incombe pas de finir ta tâche, mais tu n'es pas non plus libre de t'en désister ».



PHOTO : ADOBE STOCK

**Si nous donnons un coup de main aux enfants  
et aux jeunes, ils pourront prendre leur propre envol**  
**If we give our children and youth a hand they will  
be able to lift themselves up**

*Manuel G. (Manny) Batshaw*

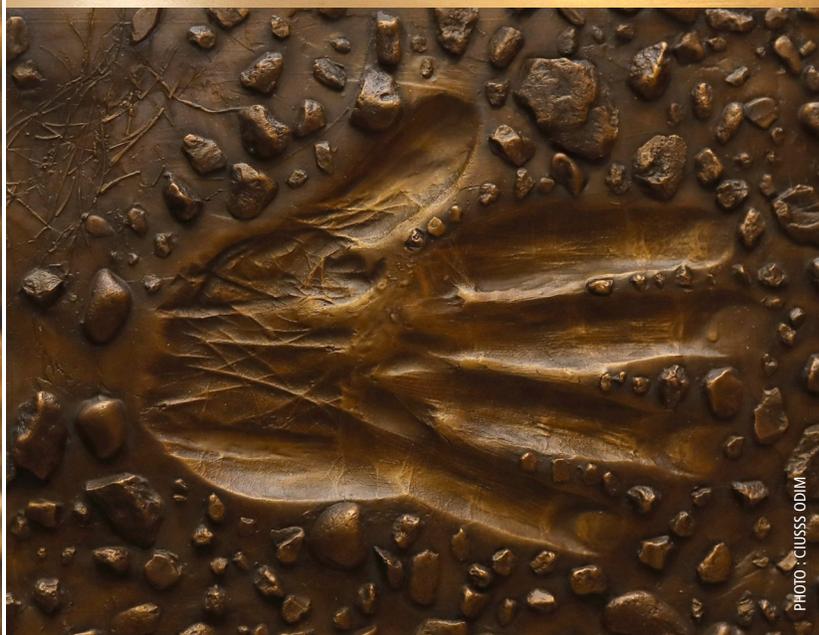


PHOTO : CIUSSS ODM

10 UNITÉS DE VIE  
EN RÉADAPTATION



4 025 SIGNALEMENTS  
REÇUS



9 Foyers de  
GROUPE

2 RESSOURCES  
INTERMÉDIAIRES



293  
FAMILLES  
D'ACCUEIL

## LA CAUSE DES ENFANTS TATOUÉE SUR LE CŒUR!

Voilà le thème du 15<sup>e</sup> bilan annuel des directrices et directeurs de la Protection de la jeunesse, présenté en septembre 2018. Au-delà des statistiques, ce bilan souligne le travail, l'engagement, le dévouement et la passion démontrés par les employés de la Direction de la protection de la jeunesse au quotidien. Le plus souvent dans l'ombre. À juste titre, ils ont été reconnus et honorés lors d'une conférence de presse.



PHOTO : CIUSSS ODIM

### « SANTA FRANK »

Pour les enfants des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, le temps des Fêtes est souvent synonyme d'une période difficile à vivre. Depuis plus de 30 ans, Frank Campanile, un employé de notre CIUSSS, se transforme en « Santa Frank », au grand plaisir des jeunes des-servis.

Chaque année, la chaîne télévisuelle [Global](#) partage avec ses téléspectateurs le spectacle incroyable des innombrables cadeaux récoltés grâce à la générosité de la communauté.



PHOTO : ADOBE STOCK

## YOUNG BLACK ACHIEVERS AWARD

### PRIX D'EXCELLENCE AUX JEUNES NOIRS

Depuis plus de 20 ans, à l'occasion du Mois de l'histoire des Noirs, les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw soulignent l'accomplissement et le succès des jeunes issus des communautés noires. La tribune choisie : la remise des *Prix d'excellence* aux jeunes Noirs. Ces derniers sont sélectionnés en fonction de leur personnalité, de leur persévérance et de leur résilience à surmonter les difficultés auxquelles ils sont confrontés.





## DIRECTION

des programmes  
de santé mentale  
et dépendances

**INTÉGRER LA TECHNOLOGIE AU PROFIT DE LA SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE. MAIS AUSSI LA RELAXATION, L'INNOVATION ET L'ART. DES MOYENS EFFICACES POUR REHAUSSER LA QUALITÉ DE VIE. LA VÔTRE OU CELLE D'UN PROCHE. AU RYTHME DE CHACUN.**

## PROJET NOVATEUR EN SANTÉ MENTALE

Améliorer la planification des soins en santé mentale, la productivité, l'efficacité et les résultats dans un même projet, le tout avec une incidence budgétaire positive. Comment? En maximisant l'utilisation de la technologie. C'est ce que le projet d'implantation des instruments d'évaluation *Resident Assessment Instrument* (RAI) a réussi comme tour de force. Ces outils améliorent l'évaluation clinique des usagers, optimisent les décisions de traitement et personnalisent les stratégies thérapeutiques. Facile d'utilisation pour les cliniciens, la solution applicative de ces instruments permet aussi de générer un plan d'intervention personnalisé pour chaque usager.

Maintenant en phase de déploiement élargi au sein de trois équipes (deux unités de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et une équipe externe à l'Hôpital général du Lakeshore), ces outils ont d'abord fait l'objet d'un projet-pilote sur une unité de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Durant cette période de démonstration de l'utilité clinique du RAI, sans la technologie, la réduction de la durée de séjour des usagers aurait été impossible.

## DURANT LE PROJET-PILOTE > SUR UNE UNITÉ MOYENNE - LONGUE DURÉE

RÉDUCTION DE  
**37 %**



DE L'UTILISATION DES  
MESURES DE CONTRÔLE\*

DIMINUTION DE  
**25 %**



DE LA DURÉE MOYENNE  
DE SÉJOUR

AUGMENTATION DE  
**83 %**



DU NOMBRE  
D'ADMISSIONS

GAIN D'EFFICACITÉ  
ESTIMÉ À



**500 000 \$**

\* Contentions physiques ou d'isolement

## À L'HONNEUR :

- **PRIX D'EXCELLENCE**  
*du réseau de la santé et des services sociaux*  
Mention d'honneur, catégorie Intégration des services (2018)
- **INGENIOUS AWARD**  
*Information Technology Association of Canada*  
Grand gagnant catégorie SME Public/Not-for-Profit (2018, Toronto)
- **CANADIAN INTERRAI CONFERENCE**  
(2018, Calgary)



PHOTO : ADOBE STOCK



PHOTO : FREEPIK

## YOGA THÉRAPEUTIQUE À L'HÔPITAL SAINTE-ANNE

Nouveau service offert depuis janvier à nos vétérans présentant une blessure liée au stress opérationnel. Une activité complémentaire au traitement clinique. La pratique du yoga thérapeutique contribue au processus de rétablissement et à réduire le stress, les tensions musculaires, les symptômes physiques et la détresse psychologique. Un outil déjà apprécié par ces femmes et ces hommes de bravoure!

## L'ART POUR APAISER LES BLESSURES

Au printemps, des clients de la Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel (CTRISO), située à l'Hôpital Sainte-Anne, ont été les vedettes de l'exposition *L'art de vivre... à la CTRISO*. Créées dans le cadre de séances d'art thérapeutique, les œuvres ont permis aux participants – des vétérans – d'illustrer leur souffrance, mais plus encore, leur désir d'apprendre à mieux vivre avec leurs blessures de stress opérationnel.



## CONTINUUM DES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

- Notre programme est reconnu **À TRAVERS LE QUÉBEC** pour les soins et services donnés aux personnes souffrant d'anorexie et de boulimie
- Nous avons fait l'objet de **79 MENTIONS** dans les médias
- Notre expertise est **LA RÉFÉRENCE DE PREMIER CHOIX** utilisée par les journalistes
- Nous avons présenté **6 VISIOCONFÉRENCES** aux professionnels de la santé et des services sociaux
- Nos publications sur Facebook ont été vues par **46 295 PERSONNES**

**3 % et +**

des jeunes femmes (12 à 30 ans) souffrent d'un trouble de l'alimentation sévère

**10 % et +**

souffrent d'une détresse significative associée au poids et à l'image corporelle



PHOTO : ADOBE STOCK



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

 **72**

NOUVEAUX PROJETS  
DE RECHERCHE

**56** » PROJETS  
ÉVALUÉS  
PAR NOS COMITÉS  
D'ÉTHIQUE DE LA  
RECHERCHE



**TABLER SUR LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT. SE TENIR À L'AFFÛT DES PRATIQUES NOVATRICES. PARTAGER NOTRE SAVOIR. TOUT METTRE EN ŒUVRE POUR FAIRE CROÎTRE UN ATOUT PRÉCIEUX : NOTRE MISSION UNIVERSITAIRE.**

## **ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX**

Les thèmes des rapports complétés par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMIS-SS) visent à appuyer la prise de décisions cliniques et administratives de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Mais aussi dans d'autres secteurs névralgiques de notre CIUSSS. À titre d'exemples :

- Évaluation des interventions pouvant favoriser le rétablissement des personnes présentant à la fois un trouble de personnalité limite et un trouble de stress post-traumatique
- Évaluation des aide-mémoire axés sur la compréhension des usagers de leur plan de congé de l'hôpital
- Évaluation de l'efficacité des interventions visant à réduire l'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées vulnérables

### **L'UETMIS-SS A PRODUIT 8 RAPPORTS D'ÉVALUATION DONT 5 ONT ÉTÉ PUBLIÉS ET ONT GÉNÉRÉ :**

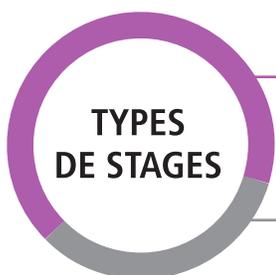
- LA PUBLICATION DE 3 ARTICLES SCIENTIFIQUES
- LA TENUE DE 13 CONFÉRENCES À PORTÉE RÉGIONALE, PROVINCIALE ET INTERNATIONALE



## ENTENTES INTERÉTABLISSMENTS

- Le Comité d'éthique de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD) a signé, à l'automne 2018, une entente avec l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, afin d'assurer l'évaluation et le suivi éthique de leurs projets.
- Une étude sur la capacité d'accueil des stagiaires, et le soutien à offrir aux superviseurs dans les domaines de l'ergothérapie et de la physiothérapie, a été menée de concert avec l'Université McGill. Le rapport constitue le point de départ d'une réflexion sur l'élaboration d'une politique de l'enseignement au sein de notre CIUSSS.

## ENSEIGNEMENT ET STAGES UNIVERSITAIRES



**62,7 %**  
SOINS INFIRMIERS

**37,3 %**  
ERGOTHÉRAPIE, NUTRITION, PHARMACIE,  
PHYSIOTHÉRAPIE, PSYCHOLOGIE ET TRAVAIL SOCIAL

**696**  
STAGES  
UNIVERSITAIRES



**15**  
DISCIPLINES



**19**  
LIEUX DE  
STAGES



**291**  
EMPLOYÉS ONT  
SUPERVISÉ LES  
STAGIAIRES



## ENSEIGNEMENT MÉDICAL



**848**  
ROTATIONS DE STAGES  
D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

**1 229**  
ROTATIONS  
DE MÉDECINS RÉSIDENTS



## TRANSFERT DE CONNAISSANCES ET TÉLÉSANTÉ

Vingt et une formations et conférences ont eu lieu sur des sujets variés, tels que l'intervention familiale, la psychothérapie interpersonnelle, l'intervention psychodynamique brève et l'usage du cannabis. Plus de 1 650 professionnels de la santé et de médecins du réseau ont participé à l'une ou l'autre des activités de transfert de connaissances.

Le déploiement d'une nouvelle solution technologique pour soutenir le calendrier de sept formations par webinaires du programme des troubles alimentaires a permis de joindre un plus grand nombre de médecins et professionnels qui travaillent en première ligne. Nous avons ainsi été en mesure de doubler le nombre de participants, avec en moyenne 200 participants par webinaire.



PHOTO - VECTOR STOCK

## CENTRE COLLABORATEUR DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (CCOMS)

Le bureau de l'Organisation mondiale de la santé, situé à Genève, a renouvelé pour une période de 4 ans le mandat du CCOMS en santé mentale de Montréal, basé à l'IUSMD.

Plus de 800 institutions réparties dans plus de 80 pays en font partie.



## CENTRE DE RECHERCHE DE L'HÔPITAL DOUGLAS

POUR LA 9<sup>e</sup> ANNÉE CONSÉCUTIVE, LE CENTRE DE RECHERCHE SE CLASSE, EN 2018, DANS LE TOP 40 DES HÔPITAUX DE RECHERCHE CANADIENS, SELON LE CLASSEMENT DE RESEARCH INFOSOURCE.

### DES ACTIVITÉS POUR LE PUBLIC ET LES CLINIENS

- **Formation croisée en santé mentale et en toxicomanie : perspectives internationales à partir d'expériences locales**, un événement dans une série développée en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation latino-américaine de santé
- **La Conférence sur l'engagement des familles et du soutien par les pairs-familles : une réalité dans les programmes d'intervention précoce pour la psychose au Québec** a attiré usagers des services, familles, intervenants et décideurs politiques
- **Science au Menu, Conférence sur la consommation du cannabis**, en ajout à l'assistance en présentielle, plus de 26 sites en visioconférence, un succès de diffusion auprès des cliniciens du réseau



### NOUVELLE DIRECTION

En septembre 2018, le Dr Gustavo Turecki a été nommé aux postes de chef de psychiatrie du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et de directeur scientifique du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

UN CENTRE DE RECHERCHE MULTIDISCIPLINAIRE, UN CENTRE D'EXPERTISE :

- Recherche fondamentale et en neuroscience translationnelle
- Transfert des connaissances et intégration de la recherche clinique
- Services de santé et politiques de santé



Dr<sup>e</sup> Mimi Israël – Prix d'excellence en psychiatrie Heinz E. Lehmann, décerné par l'Association des médecins psychiatres du Québec



Dr<sup>e</sup> Srividya Lyer – Listée parmi *Les femmes canadiennes en santé mondiale 2018*



Dr Ashok Malla – Prix pour la meilleure recherche clinique et communautaire, accordée par la *Schizophrenia International Research Society*



Dr<sup>e</sup> Patricia Boksa – Médaille du Collège canadien de neuropsychopharmacologie pour sa carrière méritoire et sa contribution en neuropsychopharmacologie au Canada



Dr Kieran O'Donnell – Prix du jeune chercheur de la Fondation Jacobs pour ses travaux exceptionnels au postdoctorat



Dr Jai Shah – *Future Leaders Award* de l'*International Early Psychosis/Early Intervention in Mental Health Association*

62

CHERCHEURS PRINCIPAUX



8

CHAIRES DE RECHERCHE DU CANADA



253

ÉTUDIANTS FORMÉS

37

BOURSIERS



+ 524

PUBLICATIONS DANS DES REVUES SCIENTIFIQUES À PORTÉE INTERNATIONALE



32 M\$

DÉPENSES DE RECHERCHE



## CENTRE DE RECHERCHE DE ST. MARY



**3** CHERCHEURS PRINCIPAUX

**2** CHERCHEURS POST-DOCTORAUX



**5** ÉTUDIANTS GRADUÉS

**1** CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA



**20** PUBLICATIONS DANS DES REVUES SCIENTIFIQUES À PORTÉE INTERNATIONALE



Ting Yu a obtenu une bourse des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), dans le cadre d'un programme de formation doctorale en matière d'impact de la recherche sur le système de santé (*Health Systems Impact Fellowships*).

Son projet s'intitule *A Lean Transformation in an Emergency Department*, et est le fruit d'une collaboration entre la Direction des services professionnels, la Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche, le Centre de recherche de St. Mary et l'Université Concordia.



## LES PROJETS PHARES DE 2018-2019



### Projet PCAP :

Adaptation et implantation d'un outil centré sur le patient pour améliorer la planification des congés des aînés.

Projet de partenariat entre notre CIUSSS et le Centre de recherche, sous la direction de la D<sup>re</sup> Jane McCusker, financé par le Fonds de soutien à l'innovation en santé et en services sociaux du Québec.



### Projet e-IMPAQc :

Implantation et évaluation d'une technologie mobile visant l'interprétation des résultats rapportés par les patients et les proches, tout au long de la trajectoire de soins des patients atteints de cancer au Québec.

Sous la direction de la D<sup>re</sup> Sylvie Lambert, du Centre de recherche de St. Mary, et de Rosana Faria, psychologue au Service de cancérologie du Centre hospitalier de St. Mary, le projet se déroule dans six établissements au Québec. Il est financé par le *Canadian Partnership Against Cancer*, avec le soutien de la Fondation de l'Hôpital St. Mary.



### Projet IMPACT :

Réduire les inégalités d'accès aux soins de santé. Sous la direction de la D<sup>re</sup> Jeannie Haggerty, ce projet vise à implanter un modèle organisationnel innovant de services de première ligne, afin d'améliorer la couverture de soins pour les groupes vulnérables n'ayant pas de médecins de famille. Le projet est financé par le Fonds de recherche du Québec – Santé et par les Instituts de recherche en santé du Canada.



DIRECTIONS  
de soutien

L'INNOVATION. LA RIGUEUR. LE SOUTIEN.  
LA CRÉATIVITÉ. L'ACCESSIBILITÉ.  
UNE ARMADA D'EMPLOYÉS S'Y DÉVOUENT.  
CHAQUE JOUR. UNE CONTRIBUTION  
ESSENTIELLE À LA BONNE SANTÉ  
DE NOTRE ORGANISATION.

### DIRECTION DE LA LOGISTIQUE



**73 720** — BONS DE COMMANDE

**42 016** — TRANSPORTS (AMBULANCE, TRANSPORT ADAPTÉ,  
DÉPLACEMENTS POUR LES LOISIRS ET LES CENTRES DE JOUR)

**464 930** — TRANSACTIONS DE DISTRIBUTION AUX UNITÉS ET AUTRES  
SERVICES

### DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES



**126**  
PERSONNES

VEILLENT AU QUOTIDIEN À  
L'APPLICATION ÉTROITE DES  
MÉCANISMES DE CONTRÔLE  
FINANCIER



AMÉLIORATION  
DE LA PERFORMANCE  
ADMINISTRATIVE DE 9 %



**2 M\$**

Recouvrement de comptes chez la clientèle  
de non-résidents canadiens

### DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES ET DU GÉNIE-BIOMÉDICAL

Le Service de génie-biomédical a réorganisé le travail en matière de planification et d'organisation des achats d'équipements biomédicaux.



MEILLEURE CONCERTATION  
ENTRE LES DEMANDEURS ET LE  
SERVICE DE GÉNIE-BIOMÉDICAL



AUGMENTATION DE PLUS DE 300 %  
DE PROJETS DÉMARRÉS PAR RAPPORT  
AUX ANNÉES PRÉCÉDENTES



REPLACEMENT DU  
LOGICIEL DE COURRIER  
ÉLECTRONIQUE



**+ de 10 000**  
boîtes de courriel



**12 500**  
heures pour  
réaliser le projet



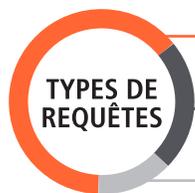
## DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES



**100 %**  
DE NOS CHSLD ONT  
IMPLANTÉ LE NOUVEAU  
MENU EN 2018



**Accréditation**  
« ICI, ON RECYCLE »,  
NIVEAU 3 – BRONZE  
À L'INSTITUT UNIVERSITAIRE  
EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS



**63,49 %** >>> INCIDENTS  
**23,33 %** >>> DEMANDES DE SERVICES  
**13,18 %** >>> REQUÊTES PLANIFIÉES

**+ 90 %** TAUX DE SATISFACTION  
MOYEN DE LA CLIENTÈLE



### STATUT DES PROJETS

- Conceptualisation
- À l'étude
- Construction
- Préliminaire
- Appel d'offre
- Plans et devis
- Signature de contrat

## DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES

RESTRUCTURATION  
CENTRÉE SUR LES  
CLIENTS



CRÉATION DE  
PARTENAIRES  
D'AFFAIRES



ACCÈS FACILITÉ  
POUR LES  
GESTIONNAIRES



= UN SEUL POINT DE CONTACT

NÉGOCIATIONS LOCALES POUR LA RÉGION DE MONTRÉAL :

SIGNATURE DES  
CONVENTIONS  
COLLECTIVES LOCALES



**32**

CONVENTIONS  
COLLECTIVES  
INITIALEMENT



**4**



CONVENTIONS  
COLLECTIVES  
AUJOURD'HUI



UN TRAVAIL DE COLLABORATION  
QUI NOUS POSITIONNE  
COMME EMPLOYEUR DE CHOIX

**CAMPAGNE MAJEURE  
DE RECRUTEMENT  
EN SEPTEMBRE 2018**

**+ 1 800**  
EMBAUCHES



## Sur nos réseaux sociaux

**886** NOUVEAUX ABONNÉS  
FACEBOOK

780 « J'AIME » LA PAGE



**2 460** NOUVEAUX ABONNÉS  
LINKEDIN



**145** NOUVEAUX ABONNÉS  
TWITTER



**+470**  
PUBLICATIONS

## Web et intranet



**437 133**

UTILISATEURS DU SITE WEB

VISITES SUR  
INTRANET

**825 295**

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

**Québec** 