

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

**Québec** 

**Rapport annuel de gestion  
du CIUSSS  
2018-2019**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS .....</b>	<b>1</b>
<b>2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES 3 AFFÉRENTS .....</b>	<b>3</b>
<b>3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS. 3</b>	
3.1 L'établissement .....	4
3.1.1 La mission du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal .....	4
3.1.2 Désignations de l'établissement .....	6
3.1.3 La vocation suprarégionale et supraterritoriale .....	7
3.1.4 La structure de l'organisation au 31 mars 2019 .....	9
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils, les instances consultatives. 11	
3.2.1 Le conseil d'administration .....	11
3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives .....	13
3.3 Les faits saillants .....	43
3.3.1 Soins infirmiers .....	43
3.3.2 Services multidisciplinaires .....	47
3.3.3 Services intégrés de première ligne .....	49
3.3.4 Réadaptation et déficience .....	52
3.3.5 Santé mentale et dépendance .....	55
3.3.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées .....	57
3.3.7 Affaires académiques .....	60
3.3.8 Ressources informationnelles .....	64
3.3.9 Services techniques .....	65
3.3.10 Achats et Logistique .....	67
<b>4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET ..... D'IMPUTABILITÉ .....</b>	<b>69</b>
<b>5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA ..... QUALITÉ .....</b>	<b>107</b>
5.1 La gestion des risques et de la qualité .....	107
5.1.1 L'agrément et la démarche d'amélioration continue de la qualité .....	107
5.1.2 La sécurité et la qualité des soins et des services .....	109

5.1.3 Les visites ministérielles .....	119
5.1.4 Certification des RPA .....	120
5.2 La mesure de la performance et de la qualité.....	120
5.2.1 Les archives et la sécurité informationnelle.....	121
5.2.2 L'éthique clinique .....	121
5.2.3 Application des mesures de contrôle des usagers .....	122
5.2.4 Rapports du coroner .....	122
5.2.5 La maltraitance des usagers .....	122
5.2.6 L'expérience-usager et le programme des usagers partenaires.....	122
5.2.7 Service des Bénévoles, pastoral et récréologie .....	126
5.2.8 Les services de pastorales et de récréologie ont réalisé les activités suivantes en 2018-19 .....	128
5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un .....	129
établissement.....	129
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	130
<b>6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN</b> .....	<b>130</b>
<b>DE VIE .....</b>	<b>130</b>
<b>7. LES RESSOURCES HUMAINES .....</b>	<b>131</b>
7.1 Direction des ressources humaines, communications, affaires juridiques et sécurité globale.....	131
7.2 La gestion et contrôle des effectifs.....	138
<b>8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES .....</b>	<b>139</b>
8.1 Les états financiers .....	140
8.2 L'équilibre budgétaire.....	141
8.3 Contrats de services.....	141
<b>9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET</b> <b>OBSERVATIONS .....</b>	<b>141</b>
<b>ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT .....</b>	<b>141</b>
<b>10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES .....</b>	<b>144</b>
<b>11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES .....</b>	<b>144</b>
<b>ANNEXE 1 : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES</b> <b>ADMINISTRATEURS.....</b>	<b>145</b>



## 1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Dans le secteur en constante évolution des soins de santé et des services sociaux, tout semble à priori opposer technologie numérique et soins compatissants. Or, ils sont en fait les deux facettes d'un même enjeu, soit le bien-être de nos patients, de nos clients et de nos résidents.

Améliorer l'expérience des patients, voir le monde du point de vue de l'utilisateur, traiter les gens comme des personnes et pas comme la somme de symptômes, voilà quelques exemples de l'approche humaine qui devrait toujours prévaloir lorsque des personnes souffrantes se tournent vers nous pour des soins, de l'aide et du soutien.

Toutefois, comment ces élans de compassion pourraient-ils être efficaces si des efforts suffisants ne sont pas déployés pour rendre les données médicales rapidement et facilement accessibles aux professionnels de la santé à l'échelle du CIUSSS? Ou si l'information sur les usagers n'est pas bien protégée contre l'invasion numérique? Ou encore, si les fonds sont gaspillés en raison de l'incapacité ou de la réticence à remplacer les processus et systèmes désuets?

Dans le même ordre d'idée, l'arrivée d'une technologie numérique révolutionnaire dans les chambres des patients, les blocs opératoires et les laboratoires de recherche pourrait laisser croire que la science-fiction est désormais devenue la réalité. Mais comment ces outils extraordinaires pourraient-ils se montrer à la hauteur de leur potentiel sans que des mesures concrètes ne soient prises pour veiller à ce que les usagers du système de santé bénéficient de relations humaines significatives avec le personnel? Ou bien, si l'attention du professionnel est accaparée par un dispositif lumineux au détriment des questions, sourires ou soupirs de l'utilisateur?

Dans le cadre de ses projets pour les mois à venir, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal entend s'assurer que compassion et technologie numérique coexistent, voire même deviennent indissociables. En effet, les plans que nous avons annoncés et les mesures que nous avons adoptées au cours de 2018 et 2019 permettent à la technologie numérique de soutenir une démarche de soins compatissants et vice versa.

Dans le cadre de cette démarche, à l'automne 2018, notre CIUSSS a rejoint Planetree International, organisme international reconnu pour promouvoir une approche de soins centrée sur l'utilisateur. Cette approche consiste à aider le personnel à puiser leurs sentiments de sollicitude dans leurs cœurs et âmes et à les intégrer dans leurs comportements au quotidien.

Les établissements de notre CIUSSS jouissent depuis plusieurs décennies déjà d'une réputation de soins exemplaires, mais l'adhésion à Planetree leur permettra d'adopter une

méthode plus systématique pour répondre, d'une part, aux besoins des usagers et des aidants et, d'autre part, de satisfaire aux exigences du personnel. Cela veut dire de placer les clients, patients et résidents, ainsi que leurs familles, au cœur des décisions et de les considérer comme des experts et partenaires, œuvrant aux côtés de nos professionnels pour obtenir les meilleurs résultats.

Dans le domaine de la technologie, notre CIUSSS a créé et pourvu au début de 2019 le poste de directeur de la Santé numérique, une étape essentielle des plans visant à nous donner les moyens de tirer pleinement parti de la nouvelle génération d'outils numériques. Le directeur de la Santé numérique est chargé de revoir l'ensemble de notre stratégie numérique, tout en s'attachant à évaluer et à recommander la technologie qui sera la plus indiquée pour nous aider à réaliser notre mission.

À ce chapitre, une attention particulière sera portée à la création d'un dossier de santé électronique complet unique, au développement d'une infrastructure de données robuste, à l'implantation de services de télésanté, à la capacité de notre CIUSSS de devenir un incubateur d'innovation et à la participation accrue des patients à leurs soins grâce à la disponibilité d'informations numériques sur leur santé.

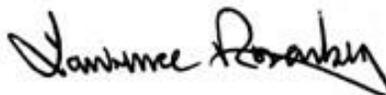
Notre objectif est d'instaurer à l'échelle du CIUSSS une pratique de soins fusionnant compassion et technologie numérique, à l'instar de ce que l'Hôpital général juif est déjà en train de réaliser. Ce sont d'ailleurs ce genre de pratiques d'excellence qui ont valu à l'HGJ une place parmi les 100 meilleurs hôpitaux au monde, palmarès établi dans le cadre d'un sondage mené pour le compte du magazine Newsweek et publié au début de 2019.

Mais que personne ne se méprenne : ce ne sont pas les éloges qui nous importent, mais bien l'usager des soins de santé. Ce souci constant des besoins de l'usager est d'ailleurs la raison pour laquelle notre CIUSSS a mérité une note presque parfaite d'Agrément Canada en décembre 2018. Et maintenant, nous nous préparons à intégrer des formes plus ambitieuses de technologie médicale et de soins centrés sur le patient.

Il ne fait aucun doute qu'une somme de travail importante nous attend, mais c'est un défi que nous avons hâte de relever. Ce sont vers nous que les usagers des soins de santé et services sociaux se tournent pour de l'aide et du soutien dans leurs moments les plus difficiles – et il nous incombe de veiller à prévoir aujourd'hui le meilleur que l'avenir puisse leur offrir.



Alan Maislin  
Président



Lawrence Rosenberg, M.D., Ph. D.  
Président-directeur général

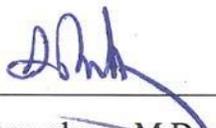
## **2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS**

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2018-2019 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

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

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



---

Lawrence Rosenberg, M.D., Ph.D.  
Président-directeur général

## **3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS**

## 3.1 L'établissement

### 3.1.1 La mission du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal <sup>1</sup>

#### 1. Fournir un continuum de soins de santé et de services sociaux de qualité supérieure dans tout notre réseau d'établissements

Au sein de notre réseau d'établissements, nous fournissons un continuum de soins sécuritaires, incluant des soins spécialisés et ultras spécialisés, des services de réadaptation, des soins de longue durée ainsi que des services de santé et des services sociaux communautaires. La qualité des soins repose sur une collaboration et un partenariat respectueux entre les usagers, les professionnels de la santé et des services sociaux, le personnel et la direction.

#### 2. Fournir avec compassion des soins centrés sur l'utilisateur et créer une expérience patient exceptionnelle

Nous nous employons à satisfaire les besoins individuels de tous nos usagers en fonction de leur langue, leur origine, leur sexe, leur âge, leur orientation sexuelle, leur milieu socioéconomique et leur religion\*, et ce, dans la mesure où cela est raisonnablement possible.

\*Plusieurs établissements de soins de santé au sein du CIUSSS, fondés par la communauté anglo-catholique, la communauté anglo-protestante et la communauté juive demeurent engagés à fournir un environnement respectueux des besoins culturels et religieux de la communauté fondatrice.

#### 3. Établir et promouvoir le leadership et l'excellence dans l'enseignement en sciences de la santé et en sciences sociales

#### 4. Faire avancer les connaissances dans le domaine des sciences de la santé et des sciences sociales grâce à l'excellence en matière de recherche et d'innovation

### Les valeurs du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

---

<sup>1</sup> Chaque établissement au sein du CIUSSS conserve sa mission particulière sous les auspices de la mission du CIUSSS.

## **1. Des soins de qualité supérieure**

Nous recherchons l'excellence et nous sommes engagés à fournir la meilleure qualité de soins à tous — des soins sécuritaires, fondés sur des données probantes et respectueux des meilleures pratiques en matière d'éthique, de médecine et de services sociaux.

Nous nous engageons à fournir l'accès à un continuum de services à nos usagers.

## **2. Compassion, dignité et respect\***

Dans la prestation de soins de qualité, nous respectons toutes les personnes que nous considérons comme uniques et que nous traitons avec dignité et compassion tout en respectant leur intimité et en protégeant la confidentialité de leurs renseignements personnels.

Notre but est de fournir aux usagers une expérience exceptionnelle.

\* « Le respect mutuel » est une valeur fondamentale au CIUSSS.

## **3. Sécurité**

Nous nous engageons à fournir des soins et des services dans un environnement sécuritaire. La sécurité est une responsabilité qui incombe à tous les membres du CIUSSS.

## **4. Travail d'équipe**

La prestation des soins de santé étant une tâche extrêmement complexe, nous reconnaissons les contributions importantes de chaque membre de notre personnel et de nos partenaires. Notre travail d'équipe se caractérise par : 1) une conscience partagée, 2) des objectifs communs et 3) l'exécution des tâches responsabilisée. En tant qu'équipe, nous nous soutenons en partageant connaissances et expertises dans l'objectif ultime de fournir des soins de qualité supérieure.

## **5. Connaissances et innovation**

Nous recherchons l'excellence en enseignement et en recherche, et nous attachons une grande valeur à leur rôle visant à fournir la meilleure qualité de soins aux usagers.

Nous encourageons la créativité et l'esprit d'initiative de notre personnel afin de cerner et de mettre en œuvre des manières novatrices d'améliorer les soins et les services offerts par notre réseau.

### 3.1.2 Désignations de l'établissement

- **Centre hospitalier affilié universitaire (CHAU)** Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis
- **Centre affilié universitaire (CAU)** Centre d'hébergement Father Dowd  
Centre d'hébergement Henri-Bradet  
Centre d'hébergement Saint-Andrew  
Centre d'hébergement Saint-Margaret  
CLSC de Benny Farm  
CLSC René-Cassin  
Hôpital Catherine Booth  
Hôpital Richardson
- **Institut universitaire (IU)**  
CLSC de Côte-des-Neiges (IU social)  
CLSC Métro (IU social)  
CLSC de Parc-Extension (IU social)  
Point de service Outremont (IU social)  
Maison des naissances de Côte-des-Neiges  
Info Santé - Info Social
- **Hôpital d'enseignement affilié**  
Centre hospitalier Mont-Sinaï  
Centre gériatrique Maimonides Donald Berman  
CHSLD juif de Montréal
- **Aucune désignation**  
Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay (une fusion des Centres de réadaptation Constance-Lethbridge et MAB-Mackay)  
Centre Miriam
- **Proches collaborateurs RI (ressources intermédiaires)**  
  
Manoir Renaissance  
Résidence du Boulevard  
Ressource intermédiaire Lev-Tov  
Ressource intermédiaire Maison Paternelle  
Ressource intermédiaire de la Montagne  
Ressource intermédiaire La Salle

## **Les Maisons Bleues**

La Maison Bleue Côte-des-Neiges

La Maison Bleue Parc-Extension

### **3.1.3 La vocation suprarégionale et supraterritoriale**

À l'heure actuelle, le réseau remplit un certain nombre de mandats suprarégionaux déjà reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux avant l'application de la restructuration du système de la santé en avril 2015 : oncologie, grossesses à risque élevé, néonatalogie, urologie, gynéco-oncologie, chirurgie cardiaque, chirurgie cervicofaciale due à un cancer, chirurgie hépatobiliaire, chirurgie colorectale, infectiologie (tuberculose) et l'accueil de réfugiés (services non ultras spécialisés, mais suprarégionaux).

De plus, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a pour mission et pour mandat suprarégionaux de répondre aux besoins de certains bénéficiaires de soins de santé. Par exemple, compte tenu de son statut officiel de réseau bilingue, le CIUSSS veille à ce que les exigences linguistiques des anglophones soient satisfaites. Il soutient également la pratique de certaines traditions religieuses dans les installations où elles sont intrinsèques à l'histoire et aux valeurs de l'établissement (ex. : traditions presbytériennes au Centre d'hébergement Saint-Andrew et traditions juives à l'Hôpital général juif).

À cet égard, le Centre gériatrique Donald Berman Maimonides et le CHSLD juif de Montréal ont le mandat suprarégional, et ceci pour l'ensemble de la province, d'accueillir les résidents de la communauté juive.

Le CIUSSS détient aussi une vocation supraterritoriale à l'égard de :

- Certains volets cliniques ○ Info-Santé et Info-Social
  - Déficience motrice, auditive et visuelle
  - La service d'aide technique
  - PRAIDA et la prévention de la radicalisation
- Certains groupes de la population ○ La clientèle anglophone
  - Soutien la pratique de certaines traditions religieuses (juive et presbytérienne)



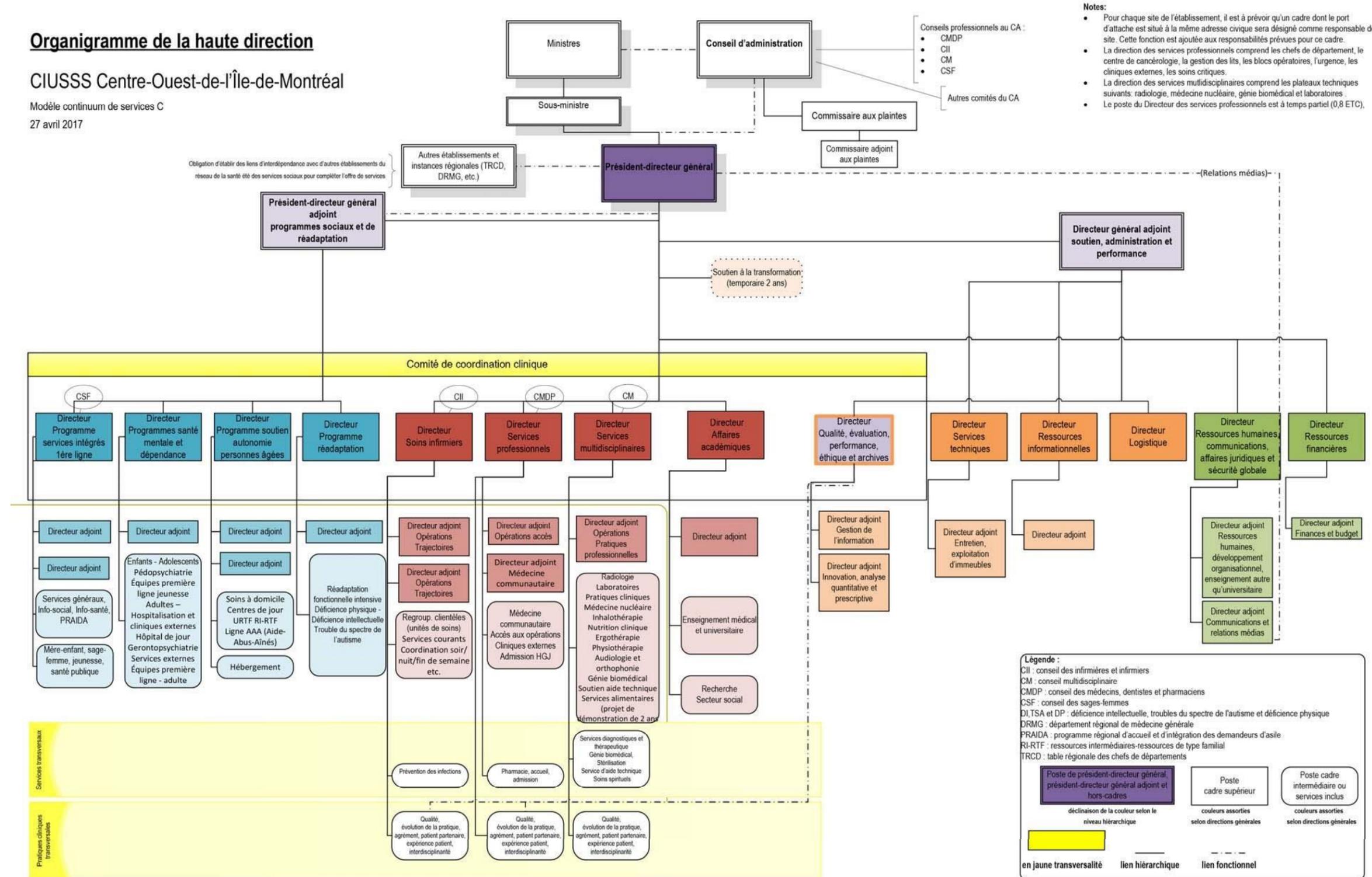
### 3.1.4 La structure de l'organisation au 31 mars 2019

## Organigramme de la haute direction

### CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Modèle continuum de services C

27 avril 2017



Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal  
27 septembre 2019

## 3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils, les instances consultatives

### 3.2.1 Le conseil d'administration

#### Liste des membres

NOM	COLLÈGES ÉLECTORAUX	POSTE
M. Alan Maislin	<b>Membre indépendant</b> Réadaptation	Président
M. Samuel Minzberg	<b>Membre indépendant</b> Gouvernance ou éthique	Vice-président
Dr Lawrence Rosenberg	<b>Président-directeur général</b>	Secrétaire
M <sup>me</sup> Gail Adelson	<b>Nomination</b> Universités affiliées	Administratrice
D <sup>r</sup> Marc Afilalo	<b>Désignation</b> Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	Administrateur
M <sup>me</sup> Isabelle Bisailon	<b>Désignation</b> Conseil multidisciplinaire	Administratrice
M <sup>me</sup> Isabelle Caron	<b>Désignation</b> Conseil des infirmières et infirmiers	Administratrice
M. Lucio D'Intino	<b>Désignation</b> Comité des usagers	Administrateur
D <sup>r</sup> David Eidelman	<b>Nomination</b> Universités affiliées	Administrateur
M <sup>me</sup> Linda Fortier	<b>Membre indépendant</b> Santé mentale	Administratrice
M <sup>me</sup> Susan Karpman	<b>Nomination</b> Protection de la jeunesse	Administratrice
M <sup>me</sup> Lucyna Lach	<b>Membre indépendant</b> Réadaptation	Administratrice
M. Antonio Loffreda	<b>Membre indépendant</b> Risques, finances et comptabilité	Administrateur
M <sup>me</sup> Julie Roy	<b>Désignation</b> Comité régional sur les services pharmaceutiques	Administratrice

M. Allen F. Rubin	Membre indépendant Ressources immobilières, informationnelles ou humaines	Administrateur
M. Ronald Waxman	<b>Membre indépendant</b> Vérification, performance ou gestion de la qualité	Administrateur
M. Eddy Wiltzer	<b>Membre observateur</b> Fondations	Administrateur
M. Mordecai Yalovsky	<b>Membre indépendant</b> Organismes communautaires	Administrateur
M <sup>me</sup> Alyssa Yufe	<b>Membre indépendant</b> Usager des services sociaux	Administratrice
À combler	<b>Désignation</b> Département régional de médecine générale	

Administratrice n'étant plus en fonction au 31 mars 2019

NOM	COLLÈGES ÉLECTORAUX	POSTE
D <sup>re</sup> Aviva Aspler	<b>Désignation</b> Département régional de médecine générale	Administratrice (jusqu'au 13 février 2019)

### Bilan des activités

Séances ordinaires	7
Séances spéciales	4
Séance publique annuelle d'information	1
Atelier de formation	1
Résolutions adoptées	204

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

Nombre de cas traités et leur suivi, les manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires, leur décision et les sanctions imposées par l'autorité compétente ainsi que le nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année.

NOMBRE DE CAS TRAITÉS	LEUR SUIVI	MANQUEMENTS CONSTATÉS AU COURS DE L'ANNÉE PAR LES INSTANCES DISCIPLINAIRES	LEUR DÉCISION	SANCTIONS IMPOSÉES PAR L'AUTORITÉ COMPÉTENTE	NOM DES PERSONNES RÉVOQUÉES
-----------------------	------------	--	---------------	--	-----------------------------

Aucun cas traité ou de manquement constaté	-	-	-	-	-
--	---	---	---	---	---

Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration du CIUSSS du CentreOuest-de-l'Île-de-Montréal se trouve en Annexe 1 au présent Rapport annuel de gestion.

### 3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

#### Les comités consultatifs

COMITÉ CONSULTATIF DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF	
M. Richard Dubrovsky	Co-président
M. Jon Wener	Co-président
M. Steve Cummings	Membre
M. Brahm Gelfant	Membre
M. David Goodman	Membre
M. Joel Segal	Membre
M. Ronald Steinberg	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DE L'HÔPITAL MONT-SINAÏ	
M. Brian Becker	Co-président
M. Elliot Bier	Co-président
M. Mitch Kendall	Membre
M <sup>me</sup> Ruth Kovac	Membre
M. Leon Krolik	Membre
M <sup>me</sup> Nathalie Saad	Membre
Dr Nornam Wolkove	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE DONALD BERMAN JUIF DE MONTRÉAL	
M. Don Prinsky	Président
M. Bram Freedman	Membre
M. Syd Gartner	Membre
Dr Mark Karanofsky	Membre
M <sup>me</sup> Diana Schweitzer	Membre
M <sup>me</sup> Sandy Sitcoff	Membre
M. Bradley Steinmetz	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE GÉRIATRIQUE MAIMONIDES DONALD BERMAN	
M. Murray Goodz	Président
M. Danny Baum	Membre
M. Michael Corber	Membre
Dr Jack Gaipman	Membre
M. George Landau	Membre
M. Leonard Lewkowict	Membre
M. Larry Nachshen	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE MIRIAM	
Dr Abe Fuks	Président
M. Geoffrey Chambers	Membre
M <sup>me</sup> Manon Carle Dagenais	Membre
M <sup>me</sup> Diane Guerrero	Membre
M. Salvatore Guerrero	Membre
M. Michael Udy	Membre
M <sup>me</sup> Dahlia Waisgrus	Membre

### 3.2.2.1 LISTES DES CONSEILS ET COMITÉS

#### Département de médecine générale (DRMG) à Cavendish

Dr Ronald Ludman, président

Membres :

- Dre Yael Acre
- Dre Lynn Cohen
- Dre Renée Fournier
- Dr Jack Gaipman
- Dr Michael Kalin
- Dr Benoit Lapierre
- Dr George Michaels
- Dr David Weigens
- Dr Greg Clark (CHUM)

Au mois de mai 2018, un grand nombre d'appels ont été effectués et de nombreuses réunions ont eu lieu pour définir les besoins prioritaires de recrutement reliés au Plan

régional d'effectifs médicaux (PREM) 2019. Ce mois a également marqué le début des réunions de planification du premier Forum de la première ligne, fixé pour l'automne. Une conférence téléphonique de la Table locale a également eu lieu le 15 mai pour aborder plusieurs sujets, dont les changements apportés aux Activités médicales particulières (AMP), l'accueil clinique, les patients sans rendez-vous vus par d'autres GMF et les départs à la retraite attendus de médecins de famille.

Au mois de septembre, le nombre de réunions concernant la planification du Forum a augmenté, tout comme les réunions de la Table de coordination, où siègent plusieurs des mêmes médecins qui assistent aux Tables locales.

Le docteur Ludman et le chef de la Table locale des pharmaciens de la Montagne ont rencontré à plusieurs reprises le personnel de première ligne du CIUSSS pour parler d'une éventuelle assemblée générale avec les médecins de la Table locale des pharmaciens du Réseau local de services (RLS). Cette idée n'avait jamais été soulevée auparavant, mais les membres ont décidé qu'une telle assemblée serait appropriée uniquement pour le Département régional de médecine régionale (DRMG) de Montréal dans son ensemble.

Le Forum, tenu le 5 décembre, a attiré un grand nombre de membres de la Table locale, qui ont également assisté aux assemblées annuelles des Tables locales du DRMG tenues immédiatement après. Parmi les sujets abordés, soulignons le suivi des enjeux cernés pendant le Forum et la question du Centre de répartition des demandes de services (CRDS).

À la réunion du 13 février ont été abordés le Plan régional d'effectifs médicaux, les changements de processus pour l'année à venir et les changements aux centres de prélèvements et à l'Optilab. L'engorgement au Service d'urgence de l'Hôpital Royal Victoria et le manque de médecins ont été relevés. Les PRO ont été soulevés et évidemment, tous les membres présents ont convenu que le nombre de médecins de famille à Montréal est insuffisant.

La prochaine réunion de la Table locale avait été fixée au printemps, mais elle a eu lieu en mai 2019.

Des mois de février à mai, le personnel du Service de première ligne du CIUSSS a continué à organiser des réunions au moins une fois par mois avec le docteur Ludman, président de la Table locale. Nous comptons sur la présence à nos réunions du nouveau chef de Médecine familiale du CIUSSS, ainsi que du directeur adjoint des Services professionnels chargé des questions communautaires.

## **DRMG du territoire de la Montagne**

Dre Amélie Desjardins Tessier, Chef de la Table

Membres :

- Dr Samir El-Hadi Bekhechi
- Dr Brian M. Blicher
- Dr Mark Buch
- Dr Samer Daher
- Dre Maureen Doyle
- Dr Earl B. Edelstein
- Dr Yvan Philippe Fortin
- Dre Fanny Hersson-Edery
- Dr Thu Hang Tran
- Dr Djavad Moin-Darbari
- Dre Suzanne Jean
- Dre Vania Jimenez
- Dr Roger Philip LeBlanc
- Dr Michael Malus
- Dre Sunita Mayer
- Dr Djavad Moin-Darbari
- Dre Meenalosany Rajakesari
- Dr Mark Roper
- Dre Balbina Russillo

### **Rencontres**

Quatre rencontres sont planifiées sur l'année 2018-2019 : 20 sept. 2018, 13 déc. 2018, 14 mars 2019, et 13 juin 2019. Les deux CML (coordonnateurs médicaux locaux du GAMF), Dr Thu Hang Tran et Dr Djavad Moin-Darbari, assistent régulièrement aux rencontres du DRMG RLS DLM. De plus, la plupart des membres ont assisté aux réunions de la Table de coordination de la Première ligne qui ont eu lieu les mêmes dates.

### **Bilan et activités**

- Aux réunions de la table locale DRMG DLM tenues en 2018, des discussions ont été portées sur le bilan des PREM 2017-2018 ainsi que les PREM 2018-2019. Dre Desjardins a fait les liens avec les cliniques du territoire afin de cerner leurs besoins en PREM.
- Tournée auprès des cliniques/GMF effectuée par Dre Amélie Desjardins, Dre Tran, Dr Darbari et Mme Lisa Westaway et ce afin de colliger les enjeux de leur pratique.
- Présentation des nouveautés concernant le processus relatif aux PREM selon les orientations ministérielles.

### **GMF**

- Enjeux : discussion autour des enjeux des GMF et GMF-R. De ces discussions découle la demande de faire les liens avec les Tables des GMF/GMF-R au niveau de RLS DLM en impliquant Dr Loubert, chef DRMG MTL, compte tenu de son expérience et ses connaissances, et ramener les enjeux sur le plan régional.
- Promouvoir l'implantation de GMF dans le secteur de Parc-Extension : Voir la possibilité de mettre en place un sous-territoire pour ParcX et obtenir des PREM pour ce secteur défavorisé.

## **GAMF**

Encouragement des MD à prendre en charge des patients via le GAMF compte tenu de la longue liste de population inscrite.

## **Forum de première ligne du 5 décembre 2018**

À l'initiative de Dr Rosenberg, PDG du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, notre CIUSSS a organisé son premier forum de la première ligne médicale le 5 décembre dernier. Ce forum signe le début d'un processus de travail avec les médecins de la communauté, qui va s'actualiser sous différentes modalités, notamment la récurrence d'événements de ce type. Le thème principal du forum était la communication, notamment entre les médecins de famille et les spécialistes.

Tout d'abord Dr Rosenberg, PDG, a présenté sa vision de l'évolution du système de santé, puis Mme Francine Dupuis, PDGA, a précisé les enjeux de notre CIUSSS, et finalement M. Sébastien Blin, Directeur des services intégrés de 1re ligne, a présenté le portrait des services médicaux de proximité offerts sur notre territoire. Par la suite, une présentation concrète et détaillée de l'Accueil clinique, récemment implanté dans notre CIUSSS, a été faite par la Direction des soins infirmiers. Cette présentation a permis aux médecins de famille de poser leurs questions à l'équipe de l'Accueil clinique.

Animé par Dr François Loubert, Chef du DRMG de Montréal, un panel composé de 6 médecins avec des profils de pratique très divers a permis de soulever un grand nombre de difficultés rencontrées quotidiennement par les médecins de famille et les médecins spécialistes dans leur pratique.

Un total de 10 ateliers, chacun composé d'environ 8 personnes identifiées parmi les groupes suivant : médecins de famille, médecins spécialistes et gestionnaires du CIUSSS, ont été organisés.

Le résumé des enjeux et pistes d'action soulevés par les médecins de famille et les médecins spécialistes lors du forum est présenté dans le tableau de la page suivante. Les éléments en vers sont ceux sur lesquels le CIUSSS n'a pas de pouvoir d'action.

Pour tous les autres éléments, des solutions locales ou régionales peuvent être mises en place.

### **AGA table DRMG DLM et CVD - 5 décembre 2018**

Les tables locales Cavendish et De la Montagne du DRMG de Montréal ont tenu une assemblée générale annuelle conjointe animées par Dr Ludman et Dre Desjardins.

### **AG DRMG régional 23 mai 2019**

Sera animée par Dre Amélie Desjardins Tessier. Le ministère sera présent. Vote sur les règlements. Présentation des travaux des comités.

### **DDA/PRAIDA**

Suivi des démarches faites par le ministère afin de pouvoir reconnaître les DDA comme patient vu (reconnu comme inscriptibles et calculables comme patient avec un code de vulnérabilité temporaire : code RAMQ identifié).

Suivi auprès de PRAIDA afin d'apporter des mises à jour sur le formulaire d'évaluation des DDA.

### **CRDS**

Acheminement de toute mise à jour des formulaires aux MD : phase 1 et phase 2 et échange avec les CML sur les problématiques rencontrées par le MD de famille afin de les transmettre au comité régional CRDS.

### **Parmi les autres sujets abordés**

Taux d'assiduité des clients dans les GMF, et l'implantation des GFM-R.

### **Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSPP)**

Aucune information n'est fournie ici, car ce comité a reçu un mandat régional. Toutefois, les représentants du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal participent au comité régional.

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

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens exerce les responsabilités suivantes :

- Évaluer, contrôler et améliorer la qualité et la pertinence des actes professionnels de ses membres;
- Examiner les plaintes concernant la compétence et le comportement de ses membres;
- Participer à différents comités et sous-comités médicaux, professionnels et scientifiques obligatoires, qui soutiennent et assurent la prestation d'actes professionnels de qualité, notamment :
  - Le comité d'évaluation des actes médicaux (CAMA)

- Le comité de pharmacologie et de thérapeutique
- Le comité d'examen des titres (sous les auspices des Services professionnels) ➤  
Le médecin examinateur

Le comité exécutif du CIUSSS s'est réuni à dix reprises entre le 1<sup>er</sup> avril 2018 et le 31 mars 2019.

Composition du comité exécutif du CMDP :

- Président – Dre Elizabeth MacNamara (Hôpital général juif)
  - Vice-président – Dr Daniel Ince-Cushman (CLSC Côte-des-Neiges)
  - Secrétaire/trésorier – Dr Mark Karanofsky (Hôpital général juif/Centre de médecine familiale Goldman Herzl)
  - Dr Lawrence Rosenberg, président-directeur général, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
  - Dre Louise Miner, directrice des Services professionnels, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
  - Dr Suzanne Levitz, directrice adjointe des Services professionnels, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
  - Dr Marc Afilalo (Hôpital général juif)
  - Dr Jack Gaiptman (Centre gériatrique Donald Berman Maimonides)
  - Dr Issie Weissglass (Hôpital général juif)
  - Dre Debrah White (Centre de réadaptation Constance Lethbridge)
  - Dr David Weigens (CSSS Cavendish)
  - Poste vacant (représentant de l'Hôpital Mont-Sinaï)
  - Eva Cohen, Directrice du Comité de pharmacologie et de thérapeutique, et directrice du Département de pharmacie, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- L'établissement et la mise en œuvre d'une démarche unifiée dans l'ensemble du CIUSSS continuent à poser des défis, notamment en raison des nombreuses missions à vocations différentes qui bénéficient de différents niveaux de soutien à l'interne. Ces missions comprennent les services de soins de longue durée, les services de réadaptation, les services de soins palliatifs, les CLSC et un hôpital universitaire de soins actifs. Toutefois, nos efforts en vue d'instaurer une démarche unifiée à l'échelle du CIUSSS progressent, surtout en pharmacie et dentisterie. Pour respecter les exigences du MSSS, ce travail sera élargi cette année à l'adoption d'une politique et d'un format uniques relativement aux niveaux d'intervention médicale. Conformément à la démarche adoptée à l'échelle de McGill, les membres du CIUSSS actualisent leurs privilèges d'accès, au besoin, en utilisant le logiciel de McGill.

Pour satisfaire aux exigences du MSSS, plusieurs divisions ont été intégrées et transformées en 'super services'. Des comités ont été établis et chargés de recruter les chefs pour ces nouveaux services. Les personnes suivantes, choisies et confirmées en poste par les membres du conseil d'administration, dirigeront les services ci-dessous :

- Service de Médecine familiale: Dre Christine Florakas
- Service d'Obstétrique/Gynécologie: Dr Walter Gotlieb

### **Comité de discipline**

Aucune réunion disciplinaire n'a été nécessaire l'an dernier.

### **Comité d'évaluation des actes médicaux (CAMA)**

La Dre Noura Hassan a récemment été nommée présidente du CAMA du CIUSSS. La Dre Hassan possède une solide formation en qualité, dont une année d'étude en amélioration de la qualité à l'Institute for Healthcare Improvement dans le cadre d'une bourse de recherche et une maîtrise en santé publique de l'Université Harvard, à Boston. C'est pour nous une grande chance de compter la Dre Hassan comme présidente du CAMA.

En plus de nos projets continus en matière d'amélioration de la qualité, et ceux entrepris sous les auspices des divers services, divisions, établissements de soins primaires et centres de réadaptation et de soins de longue durée de notre CIUSSS, nous dirigeons des études sur la pertinence à l'échelle de notre CIUSSS, notamment : Pertinence des soins et choix judicieux, étude dirigée par la Dre Shannon Fraser; et Modèles d'ordonnances en soins actifs, Soins virtuels, Système d'orientation électronique et Modèles d'ordonnances en soins de longue durée, étude dirigée par la Dre Elizabeth MacNamara. Du personnel de soutien administratif et en gestion de l'information est requis pour tous ces projets. L'administration du CIUSSS doit en faire sa priorité afin que nous puissions mesurer l'incidence de ces initiatives sur la qualité, les coûts et la durée du séjour du patient.

### **Comité de pharmacologie et de thérapeutique**

Eva Cohen a été nommée directrice du Service de pharmacie du CIUSSS et elle préside le comité de pharmacologie et de thérapeutique. Parmi les nombreuses réalisations de ce comité, et ce à l'échelle du CIUSSS, citons l'harmonisation du formulaire des médicaments, la normalisation des politiques et méthodes (tâche continue), la normalisation du bilan comparatif des médicaments et la création du comité du circuit du médicament. De plus, dans le but d'améliorer la sécurité des patients, d'une part, et de normaliser les soins, d'autre part, Mme Cohen a mis au point des ordonnances préimprimées pour l'ensemble du CIUSSS.

Le Service de pharmacie est chargé d'envoyer toute l'information reliée aux médicaments : mises à jour, mises en garde, protocoles thérapeutiques, médicaments en souffrance et médicaments de substitution. Les rapports des examens d'utilisation des médicaments sont présentés au comité de pharmacologie et de thérapeutique et au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Effort de collaboration entre le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens, la Loi 41 vise trois grands objectifs établis dans l'intérêt des patients : 1) accroître les pouvoirs des pharmaciens, 2) permettre aux pharmaciens de fournir plus de soins pharmaceutiques pour répondre aux besoins de la population, et 3) promouvoir une plus grande collaboration entre les médecins et les pharmaciens. Ces changements acceptés par le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sont mis en œuvre dans l'ensemble du CIUSSS.

Un des objectifs principaux de notre comité cette année a été l'implantation de la saisie électronique des ordonnances par les médecins et le registre électronique d'administration des médicaments. La saisie électronique des ordonnances par les médecins est désormais pratique courante dans 96 % des unités de l'Hôpital.

### **Médecins examinateurs**

En raison du retard dans l'examen des plaintes par le médecin examinateur, plusieurs médecins et chirurgiens possédant l'expérience requise ont été nommés et confirmés au poste de médecin examinateur par le conseil d'administration pour notre CIUSSS :

- Dr Rubin Becker
- Dre Vania Jimenez
- Dr Markus Martin
- Dr Ronald Ludman
- Dr Blair Schwartz
- Dr Nathan Sheiner
- Dr Harvey Sigman
- Dr Paul Warshawsky

Le Dr Richard Margolese sera présenté aux membres du conseil comme médecin examinateur et il sera ajouté à la liste si sa candidature est acceptée.

### **Sous-comité du comité exécutif de l'HGJ**

Placé sous les auspices du comité exécutif du CIUSSS, le sous-comité de l'HGJ s'occupe de questions touchant directement l'Hôpital général juif. À cette fin, les membres de ce sous-comité se sont réunis vingt fois entre le 1<sup>er</sup> avril 2018 et le 31 mars 2019 pour discuter de questions concernant l'Hôpital général juif et en faire état au comité exécutif du CIUSSS.

### **Priorités du comité exécutif du CIUSSS pour l'année à venir**

Le décrochage et l'épuisement professionnels continuent à représenter d'énormes défis pour le CIUSSS, et les technologies de l'information (TI) en sont la cause principale.

Jacques Laporte, le nouveau directeur intérimaire de l'Informatique, le Dr Justin Cross, directeur de la Santé numérique, et le Dr Lawrence Rudski, directeur de l'Information médicale, examinent les moyens de pallier les problèmes et d'améliorer la situation.

Nous reconnaissons que les nombreuses initiatives entreprises ont amélioré l'infrastructure à l'échelle du CIUSSS, mais elles n'ont pas réglé les problèmes de convivialité et de lenteur du système. Bien que ces initiatives étaient requises pour installer Active Directory, le système d'exploitation permettant la gestion uniforme de l'accès à l'information au sein du CIUSSS, et pour mettre à niveau l'architecture, les serveurs et l'unité de stockage, la priorité demeure d'améliorer le fonctionnement du système.

- Le projet visant à étendre la couverture Wi-Fi dans l'Hôpital en intégrant les services de Rogers est en cours. L'impossibilité de joindre les médecins dans plusieurs zones sans réseau, incluant le service d'urgence et l'ancien bâtiment, est un véritable problème.
- Les autres sources de frustration comprennent le Centre de répartition des demandes de service (CRDS) imposé par le gouvernement, qui cause des difficultés aux usagers. Le CRDS a en effet souvent rendu l'accès aux spécialistes encore plus difficile pour les patients.
- Les niveaux d'intervention médicale (NIM) établis par l'INESSS seront implantés dans trois établissements pilotes : l'unité de dialyse de l'HGJ, l'Hôpital Mont-Sinaï et l'Hôpital Maïmonide. L'objectif est de mettre en œuvre les NIM à l'échelle du CIUSSS dans un délai de six à douze mois. Quant aux directives médicales anticipées (DMA), elles sont complexes et rarement utilisées par les patients. Un comité actif se penche sur ce dossier.
- De nombreux enjeux ont été soulevés lors d'une récente réunion des médecins de famille et médecins spécialistes de notre CIUSSS. Après délibération, le comité exécutif a choisi de s'attaquer en priorité au problème de communication. En effet, il arrive souvent que les médecins de famille ne reçoivent aucun rapport, ou un rapport illisible, des traitements que leurs patients ont reçus au service d'urgence, dans les cliniques de jour ou pendant leur séjour à l'hôpital. Les médecins de famille tiennent également à être avisés lorsque leurs patients sont hospitalisés. Dans le même ordre d'idée, les spécialistes trouvent que les rapports d'examen médical des généralistes sont illisibles ou imprécis. Les Services professionnels, en collaboration avec le comité exécutif, essaient de trouver des solutions à ce problème, incluant en implantant l'envoi automatique de l'information sur le patient à son médecin traitant. Cela se traduirait en définitive par l'acheminement automatique d'une note au médecin généraliste et par l'octroi de droits d'accès à Chartmaxx et Centro pour les médecins en dehors de l'hôpital afin que tous les rapports soient dictés, pas écrits à la main.

- Par ailleurs, les patients dans les centres de soins de longue durée ont de la difficulté à consulter des spécialistes. Il s'agit d'une priorité pour notre comité. Actuellement, les patients doivent se rendre aux cliniques de jour de l'HGJ, qui sont coûteuses et ne répondent pas aux besoins des patients. Parmi les initiatives en cours pour améliorer cette situation, citons celle du Service de cardiologie, qui a implanté la vérification sur place des stimulateurs cardiaques des patients au moyen de dispositifs mobiles pouvant être lus à l'HGJ. Cette mesure permettra le remplacement des piles des stimulateurs sans que les patients ne soient transférés à la clinique de jour.
- Enfin, le comité exécutif du CIUSSS travaille avec l'avocat de l'Hôpital à rédiger de nouveaux règlements administratifs pour le CMDP du CIUSSS à partir des règlements transitoires proposés en juin 2015 et de ceux établis par le Ministère en 2018. Les règlements finalisés seront soumis à l'approbation des membres du CMDP du CIUSSS.

### **Le Comité de pharmacologie et de thérapeutique**

#### **Plan de développement du Service de pharmacie du CIUSSS du Centre-Ouest-del'Île-de-Montréal 2016-2020**

<b>Secteur</b>	<b>Description</b>	<b>Statut</b>
<b>Général</b>	Harmoniser les missions et les normes de pratique partout au CIUSSS Harmoniser les budgets et les rapports partout au CIUSSS	Fait En cours
<b>Comité P&amp;T</b>	Comité CIUSSS formé Formulaire harmonisé Revue de l'utilisation des médicaments Partager de l'information et des outils	Fait Fait En cours En cours
<b>Ressources Humaines</b>	Attribuer suffisamment d'effectifs pour tous les secteurs cliniques Éliminer le recours aux agences Optimiser les stratégies de recrutement et de rétention	En cours Fait En cours

<p><b>Distribution des médicaments</b></p>	<p>Services de doses unitaires au CIUSSS offert  Services partiel d'additifs aux solutés au CIUSSS offert  Délégation les tâches techniques et certification des assistants techniques en pharmacie  Mettre en place une politique après les heures d'ouverture pour le CIUSSS  Assurer des mesures de contrôle appropriées pour les narcotiques  Assurer que les listes de médicaments au commun sont validées et les salles de médicaments don't bien organisés  Achat de médicaments pour les CLSC à transféré la pharmacie  Médicaments des chariots d'urgence dans les CLSC standardisé  Augmenter les heures de service du département de pharmacie</p>	<p>Fait  En cours  En cours  Fait  En cours  Fait  Fait  Fait  Fait</p>
<p><b>Qualité</b></p>	<p>Comité du circuit des médicaments du CIUSSS formé  Comité locale du circuit des médicaments formé  Standardisation des politiques et procédures  Implanter des normes d'agrément pour la gestion des médicaments  Veiller à l'inspection de : OPQ, U de M, SCPH  Réunions de morbidité et mortalité du service de la pharmacie  Programme de gestion des antimicrobiens  Programme d'examen des incidents médicamenteux  Loi de Vanessa</p>	<p>Fait  Fait  En cours  Fait  Fait  En cours  En cours  En cours  À déterminer</p>
<p><b>Enseignement</b></p>	<p>Continuer à accueillir des étudiants et des résidents  Veiller à ce que l'enseignement soit donné dans l'ensemble du CIUSSS</p>	<p>En cours  En cours</p>
<p><b>Recherche</b></p>	<p>Participation au comité d'éthique de la recherche  Initiation de projets de recherche en phamacie</p>	<p>Fait  Fait</p>

<b>Automatisation et technologie</b>	Intégrer pleinement CPOE à l'échelle du CIUSSS Intégrer pleinement e-MAR à l'échelle du CIUSSS Intégrer le BCM électronique Mettre en place les cabinets de distribution automatisée au CIUSSS Mettre en œuvre le système Endovault en oncologie Implanter des caméras dans les chambres stériles Établir une interface fonctionnelle entre les POS et Gesphar Offrir Vigilance à tout le personnel hospitalier Utiliser le module Dossier clinique dans tous les services de pharmacie Technologie des pompes intelligentes à l'HGJ mis à niveau Implanter les pompes intelligentes partout au CIUSSS	En cours En cours En cours À déterminer À déterminer À déterminer En cours Fait Fait Fait À déterminer
<b>Bilan comparatif des médicaments</b>	Standardiser le processus et la documentation de Reconciliation des médicaments S'assurer que le bilan comparatif est effectué pour chaque patient partout où des soins lui sont prodigués	En cours Fait
<b>Activités cliniques</b>	Augmenter le nombre de secteurs ayant accès aux services de pharmacie clinique Assurer l'examen annuel du profil pharmacologique des patients âgés Assurer le partage d'information pour des services de soins continus lors des transferts de service Appliquer la loi 41	En cours En cours En cours Fait

**Comité d'examen des titres** (sous les auspices de la directrice des Services professionnels) – Hôpital général juif, à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018

<b>Nom</b>	<b>Département/Service</b>
Apkarian, Kamy	Médecine d'urgence Aroutiunian,
Rafael	Médecine d'urgence
Blum, Daniel	Néphrologie (1 juillet 2019)
Clavel, Virginie	Pédiatrie
Friedmann, Jennifer	Oncologie
Hassan, Noura	Obstétrique & Gynécologie
Jack, Carolyn	Dermatologie
Kaitoukov, Youri	Radiologie
Khan, Zainab	Ophtalmologie
Kong, Ling Yuan	Microbiologie / Maladies infectieuses (juillet 2019)
Larouche, Vincent	Endocrinologie (1 juillet 2019)

Launay, Cyrille	Médecine gériatrique (1 septembre 019)
Leblanc-Malette, Estelle	Médecine familiale
Nadeau-Lessard, Julie	Pédiatrie
Peters, Tricia	Endocrinologie
Pilozzi-Edmonds, Laura	Néphrologie
Schachter, Jordana	Dermatologie
Soulellis, Constantin	Gastroentérologie
Wong, Evan	Chirurgie générale (1 août 2019)
Wong, Stephanie	Chirurgie générale (1 juillet 2019)
Wong, Stephanie	Chirurgie générale (1 juillet 2019)
Yang, Stephen	Anesthésiologie

### Départs

Clamen, Marvin	Endocrinologie
Davidman, Michael	Néphrologie (31 décembre 2019)
Derossis, Anna	Chirurgie générale (30 juin 2019)
Ferency, Alex	Pathologie (June 20, 2019)
Satin, Richard	Radiologie (31 décembre 2021)
Sigman, Harvey	Chirurgie générale (30 juin 2019)

### Conseil des infirmières et infirmiers

#### Mandat du CECII

Envers le Conseil d'administration :

- Apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre;
- Faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans le centre;
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le centre;
- Assumer toute autre fonction que lui confie le Conseil d'administration

Envers le président-directeur général, donner son avis sur les questions suivantes :

- L'organisation scientifique et technique du centre;
- Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers : l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'oeuvre infirmière; (*LSSSQ, 2002-2003, article 370*)

- Sur certaines questions relatives à l’accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers; (*LSSSQ, 2002-2003, article 370*) □ Sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population; (*LSSSQ, 2002-2003, article 370*)
- Toute autre question que le président-directeur général porte à son attention. (*L.R.Q., c. S-4.2, article 221*)

### Membres composant l’exécutif

Fonctions	Noms	Directions
Présidente	Johanne Grondin	DSI-Hôpital
Vice-Présidente	Anna Nunez	Première ligne SAPA
Secrétaire	Lucie Tremblay	DSI
Conseillère	Jessica Emed	DSI-Qualité
Conseillère	Cristiana Anghelescu	Première ligne
Conseillère	Jessica Pinto	DSI-Hôpital
Conseillère	Poste vacant	Première ligne
Conseillère	Alexandra Guignard	Réadaptation
Conseillère	Isabelle Caron	DSI-Hôpital
Conseillère	Raquel Cacheiro-Milette	Santé mentale et dépendance
Conseillère	Parthenopi Orfanidis	Hébergement
Représentante CIIA	Donna Sue Kernohan Ann Stirling	Première ligne SAPA

*Nombre de réunions tenues : 5*

### Bilan des activités en lien avec le mandat

Les membres :

- ont émis des avis sur des politiques et procédures de la DSI, et protocoles infirmiers et RSI en lien avec la pratique infirmière;
- ont émis des commentaires sur les Méthodes de soins à la DSI du ministère
- ont suivi les activités en lien avec l’inspection professionnelle des infirmières auxiliaires
- ont émis des avis sur la certification des infirmières auxiliaires pour la thérapie intraveineuse
- ont suivis les indicateurs et ROP en lien avec l’agrément

- ont participé à un webinaire en mars 2019, Choosing Wisely Talks: Nurses' Valuable Role in Developing and Implementing Choosing Wisely Canada Recommendations
  - ont participé à la formation Planetree en mars 2019
- Visibilité du CECII :
    - Présentation du CECII et du comité de la relève infirmière (CRI) lors de l'orientation générale des infirmières et infirmières auxiliaires
  - Préparation et organisation
    - du comité CIIA
    - de l'AGA du CECII
    - des prix de reconnaissance infirmières du CIUSSS
    - aux évènements de la « Semaine de l'infirmière »
  - Le CECII possède deux sous-comités ad hoc
    - Comité de transition : Création d'un outil de navigation pour les infirmières procurant l'information et les mécanismes de contact dans l'ensemble du CIUSSS et établir un système d'identification des délais de réponse dans diverses situations. **Bilan** : le comité n'a pas été actif cette année
    - Comité prix reconnaissance : détermination des critères pour chacun des prix et organisation de la remise de prix. **Bilan** : 10 prix de reconnaissance seront remis en mai 2019 lors de l'AGA du CECII

### **Priorités en lien avec la qualité et la sécurité des soins**

Le CECII travaille en partenariat avec la Direction des soins infirmiers afin d'améliorer la qualité des soins et le développement des compétences infirmières.

Le CECII a assuré une vigie sur les 4 indicateurs prioritaires de qualité des soins et s'est tenu informé des plans d'action des différents sous-comités. Des membres font partie des différents comités et ont participé aux audits :

- L'hygiène des mains
- La prévention des chutes
- Les mesures de contrôle
- La prévention des lésions de plaies de pression

### **Bilan du Plan d'action 2018-2019**

#### **Objectifs**

#### **Activités**

#### **Réalisations**

Assurer un suivi du plan d'action du CRI Jeunesse	Avoir un point statutaire à chaque rencontre du CECII Noter les réalisations au compte-rendu	Activités réalisées et en continue
Collaborer à la réalisation des activités du CRI Jeunesse	Avoir minimalement un membre du CECII présent à chaque activité du CRI jeunesse	Activités réalisées et en continue <b>NB</b> : voir le rapport annuel du CRI-jeunesse en annexe
Contribuer à la mise en place du CIIA et l'approbation des Règlements du CIIA	Avoir le CIIA formé et les Règlements adoptés d'ici l'automne 2018	Le CIIA a été formé en novembre 2018 et les Règlements adoptés en janvier 2019.
Assurer un suivi du plan d'action du CIIA	Avoir un point statutaire à chaque rencontre du CECII Noter les réalisations au compte-rendu	Activités réalisées et en continue
Structurer le suivi des indicateurs de qualité au CECII afin d'assurer une vigie à chaque rencontre	Avoir un point statutaire à chaque rencontre du CECII Déléguer un membre pour faire un compte-rendu pour chaque comité Noter les réalisations ou les suivis au compte-rendu	Activités réalisées partiellement, à poursuivre pour la prochaine année
Contribuer au plan d'action du comité transition	Assurer un suivi à chaque rencontre Noter les suivis au comptereendu	Ce comité n'a pas tenu de rencontres
Participation à la réalisation de la remise des prix de reconnaissance	Remise de prix de reconnaissance en 2019	Activités préparées par le souscomité et prix seront remis en mai 2019

### **Élections :**

Il n'y a pas eu d'élection.

### **Avis et recommandations**

Les membres du Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers ont recommandé à la Direction des soins infirmiers d'analyser les projets d'amélioration de la qualité offerts par la campagne nationale Choosing wisely Canada (Choisir avec soin) et d'en choisir un qui pourrait être intégrer dans notre organisation. Cette campagne nationale vise à réduire les examens et les traitements inutiles en milieu hospitalier.

## Plan d'action 2019-2020

Objectifs	Activités
Assurer le suivi des indicateurs de qualité au CECII afin d'assurer une vigie à chaque rencontre Inviter un membre pour faire un compte-rendu sur les	Avoir un point statutaire à chaque rencontre du CECII Donner des avis et recommandations
Collaborer à la mise à jour du champ d'exercice des infirmières auxiliaires par mission et par site	S'assurer de la diffusion dans les équipes
Participer à l'implantation d'un projet d'amélioration continue de la qualité de Choosng wisely (Choisir avec soin)	Participation à un comité de travail sur le choix d'une initiative pour assurer les meilleurs soins aux patients. Donner des avis et recommandations sur l'implantation de ce projet
Assurer un suivi du plan d'action du CRI Jeunesse et collaborer à la réalisation de leurs activités	Avoir un point statutaire à chaque rencontre du CECII Noter les réalisations au compte-rendu
Assurer un suivi du plan d'action du CIIA	Avoir un point statutaire à chaque rencontre du CECII Noter les réalisations au compte-rendu

## Conseil multidisciplinaire

### *Membres du Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM)*

Nom	Profession	Direction	Site
Ibrahima Diallo <b>Président</b>	Physiothérapeute	Réadaptation	Hôpital Catherine-Booth
Jacynthe Lavergne <b>Vice présidente</b>	Conseillère cadre à la pratique professionnelle	Services multidisciplinaires	Hôpital général juif
Cindy Potechin <b>Trésorière</b>	Psychologue	Réadaptation	MAB-Mackay
Rita Kassatli <b>Agente de communication</b>	Coordonnatrice technique Département de radiooncologie	Services multidisciplinaires	Hôpital général juif
Iryna M. Dulka	Travailleuse sociale	SAPA	Centre d'hébergement StMargaret

Chantal Desmarais	Coordonnatrice archives médicales, protection de la vie privée, dossiers patients (archiviste médicale)	Qualité, Évaluation, Performance, Éthique et Archives (DQEPEA)	Plaza Côte des neiges
Jessica Greenberg	Ergothérapeute	Réadaptation	CLSC René-Cassin
Ariella Elmalleh	Ergothérapeute	Services multidisciplinaires	Hôpital général juif
Nicolas Masse	Travailleur social	Sces 1ere ligne	CIUSSS-COMTL
Marissa Ranallo	Diététicienne	Services multidisciplinaire	Hôpital général juif
Barthélémy Noel Beau	Travailleur social	Santé mentale	CLSC Benny Farm
Caitlin Murphy	Technicienne en travail social	SAPA	CLSC René-Cassin
Dr Lawrence Rosenberg	Médecin (membre adhoc)	PDG CIUSSSCODIM	Hôpital général juif

### Principales activités réalisées en 2018-2019

- Assemblée générale annuelle du conseil multidisciplinaire (CM) tenue le 07 juin 2018.
- Rencontre du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) avec nos membres au centre Maimonides, au mois de mai 2018 : les membres mentionnent se sentir isolés et ne sentent pas faire partie du CM. Comme solution, le comité planifie de rencontrer les membres des différents sites pour discuter des enjeux liés à la qualité des services, dans la mesure du possible et selon le temps de libération disponible.
- Réunion des présidents des conseils multidisciplinaires de la région de Montréal le 22 mai 2018, pour discuter des impacts de la pénurie de main- d'œuvre sur la qualité des services et des solutions possibles. Le problème étant provincial, il a été décidé de confier à l'ACMQ le mandat d'aborder ce dossier avec le ministère de la santé.
- Réunion direction des services de réadaptation et président du conseil multidisciplinaire, en juin 2018, pour faire un suivi sur les démarches de la direction pour améliorer la qualité des services offerts au centre Miriam. Il est ressorti de la

rencontre que beaucoup de réalisations ont été faites par la direction. Exemple : achat de lits et de matelas pour remplacer le matériel déficient, rencontre direction et employés pour trouver des solutions à l'amélioration de la qualité des services.

Suite au constat réalisé par notre comité nous avons rencontré une représentante de la direction de la qualité des services et une infirmière de la direction des soins infirmiers pour outiller les employés du centre Miriam sur la rédaction des rapports d'incident et la prévention des infections.

Des employés ont bénéficié de sessions de formations sur la rédaction des rapports d'incident et des gestionnaires du centre Miriam ont reçu les coordonnées de l'infirmière pour organiser la formation sur la prévention des infections. Nous comptons faire un suivi des résultats de cette démarche.

- Envoi d'une recommandation au conseil d'administration concernant la standardisation de l'administration du Naloxone dans notre CIUSSS le 04 juillet 2018. Cette initiative s'inscrit dans le cadre de la lutte à la surconsommation des opioïdes ou autres drogues.
- Envoi d'une lettre à Mme Francine Dupuis, PDGA, l'informant des démarches faites auprès de la direction des services de réadaptation concernant le centre Miriam Home, des solutions de la direction et des suggestions de notre comité exécutif.
- Présence de deux membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) au colloque de l'association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ), les 29 et 30 octobre 2018, où Mr Marc Renaud de la direction des services professionnels et Mme Elise Jobin et son équipe, de la direction des services multidisciplinaires, ont reçu, chacun, un prix de reconnaissance, catégorie rayonnement de l'ACMQ. Le premier pour sa création du centre d'information sur le glaucome, les deuxièmes pour leur dévouement à offrir la sécurité, le confort et la qualité de vie de leurs clients en développant différents projets.
- Présentation du plan d'action du conseil multidisciplinaire au comité de coordination du CIUSSS, le 19 novembre 2018, pour obtenir un budget de fonctionnement du CM. Suite à cette rencontre, Mme Francine Dupuis, PDGA du CIUSSS a offert 550 heures de libération à notre comité exécutif. Ce qui a été très apprécié même si la réalité de nos besoins est plus importante que les heures offertes.
- Le CM se joint au comité vigilance en décembre 2018 pour travailler ensemble à l'amélioration de la qualité des services.

- Visite, par le président du CM, des membres de notre conseil aux CLSC Métro et Benny Farm, à différents moments de l'année 2019. Cette démarche nous a permis de compléter la représentation des différentes directions au sein de notre comité exécutif.
- Rencontre du comité exécutif avec Mme Amina Talib, directrice adjointe des ressources humaines, le 21 février 2019, pour discuter de différents enjeux ressources humaines, y compris l'impact de la rareté de la main-d'œuvre sur la qualité des services. Il est ressorti que différentes stratégies sont déjà mises en place pour recruter de la main d'oeuvre et tenter de maintenir celle existante.
- Feedback du CECM sur le protocole concernant les procédures de contention présentées par les conseillères à la direction des services multidisciplinaires, au mois de février 2019.
- Notre comité exécutif a organisé, le 05 mars 2019, une réunion entre le CECM, différents gestionnaires de notre CIUSSS et des représentants de l'ordre des orthophonistes du Québec pour discuter de l'impact de la pénurie des orthophonistes sur les services aux citoyens. Différentes idées et stratégies ont été partagées au cours de la réunion.

### **Nos objectifs pour 2019-2020**

- Rencontrer les membres du CM, dans au moins 4 autres sites du CIUSSS, pour nous faire connaître et discuter des enjeux liés à la pratique professionnelle.
- Formation de comité de pairs : au moins deux comités de pairs en lien avec la pratique professionnelle devraient être formés d'ici mars 2020.
- Organiser, au moins une conférence éducative sur un ou des enjeux liés à la pratique professionnelle.
- Rédiger avis et/ou recommandations pour le PDG et/ou le CA selon les besoins, en conformité avec les articles 227 et 228 de la LSSSS.

### **Nos recommandations pour les mesures en qualité des services**

- Nos avis et recommandations sont basés sur des éléments pertinents et documentés. Exemple : notre recommandation sur l'administration de la Naloxone est basée sur le fait que la surconsommation des drogues et opioïdes demeure un problème important de santé publique, documenté par l'institut national de recherche en santé publique.

Dans notre désir de participer à la recherche de solutions à ce problème, on a fait des recherches à la suite desquelles notre comité a envoyé une recommandation au CA, pour que soient adoptées des règles d'administration du Naloxone au sein de notre organisation. Notre recommandation est restée sans suite. Notre comité exécutif apprécierait avoir un suivi des avis et recommandations que nous adressons au PDG et/ou au conseil d'administration dans le cadre de notre mandat.

- Nous recommandons qu'il y ait plus de consultation de notre conseil pour des enjeux liés à la qualité des services offerts par nos membres, en conformité avec les articles 227 et 228 de la LSSSS. Notre comité exécutif est composé de professionnels et professionnelles venant de différentes professions et directions capables de donner des avis ou recommandations basées sur des données probantes. La majorité d'entre nous sommes quotidiennement en contact direct avec la clientèle de notre CIUSSS, donc capable d'identifier les enjeux liés aux services offerts à nos usagers et de proposer des solutions adaptées.

### **Comité des usagers**

Le rôle clé et les principales fonctions du comité des usagers du CIUSSS du CentreOuest-de-l'Île-de-Montréal (CUCI) englobent la représentation, la coordination et l'harmonisation de tous les comités des usagers et de tous les comités des résidents permanents du CIUSSS. Dans leur rôle de gardiens des droits des usagers, les comités des usagers et les comités des résidents cherchent à favoriser l'amélioration de la qualité. Le CUCI travaille avec les comités des usagers et des résidents pour optimiser leurs actions et éviter le travail en double.

### **Membership as of March 31, 2019**

Valerie Martin	Anciens établissements du CSSS de la Montagne
Kathy Assayag	Hôpital général juif
Helen Adam	Centre gériatrique Donald Berman Maimonides
Christine Robertson	CHSLD juif Donald Berman
Miriam Mamane	Hôpital Mont-Sinaï
Debbie Schichman	Centre Miriam
Lucio D'Intino	Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay
Vic Charbonneau	Centre d'hébergement Father-Dowd
Elizabeth Sexton	Centre d'hébergement Saint-Margaret

**Président :** Lucio D'Intino

**Secrétaire :** Terri Tiscione

**Trésorière :** Miriam Mamane

## **Réunions du comité**

Il y a eu sept réunions ordinaires du comité cette année. À ces réunions du CUCI, les représentants du CIUSSS sont invités à nous informer des activités de l'établissement et à répondre à nos questions.

## **Rapport sur les activités**

- Le CUCI a organisé une soirée d'information au Centre de réadaptation MABMackay le 14 novembre 2018 qui a attiré plus de 100 personnes. Les conférencières Anne Lemay, Chantal Bellerose et Joanne Besner ont parlé du CIUSSS.
- Toute l'année, diverses personnes sont invitées à ces réunions dont Alan Maislin, Anne Lemay, Christine Touchette, Chantal Bellerose, Marisol Miro et Stéphane Saint-Germain.
- Le CUCI a aussi assisté à de nombreux programmes et activités du CIUSSS, notamment aux séances d'information sur la question de l'agrément et Planetree.
- Le CUCI a collaboré avec le Service des communications du CIUSSS sur l'accessibilité du nouveau site Web.
- Les représentants du CUCI siègent aussi à d'autres comités, dont le comité de vigilance et de la qualité, et le comité du plan d'action. Le CUCI a par ailleurs participé au sondage sur l'offre alimentaire dans les CHSLD.
- Cette année, le comité a approuvé plusieurs des propositions reçues.
- Le CUCI a contribué au contenu du « Carnet communautaire des aînés », y ajoutant la description de ses fonctions et des droits des usagers ainsi que les coordonnées des personnes-ressources des comités des usagers, des comités des résidents et des établissements du CIUSSS. Le CUCI a financé la production de 10 000 exemplaires du livret, qui est distribué par SAPA ainsi que dans les établissements et organismes communautaires du CIUSSS.

Un nouveau Cadre de référence pour les comités des usagers et des résidents a été récemment publié par le MSSS. Le CUCI sera chargé de la coordination des activités entourant ce nouveau Cadre pour s'assurer que tous les membres des comités en reçoivent un exemplaire et harmoniser la formation connexe.

Dans le cadre de son mandat et de ses fonctions les plus importantes, le CUCI doit fournir chaque année au conseil d'administration du CIUSSS un rapport consolidé faisant état de toutes les activités menées par les comités dont il est responsable. Parallèlement, le CUCI doit présenter au conseil une liste des enjeux prioritaires et ses recommandations sur le plan de l'amélioration de la qualité.

### 3.2.2.2 COMITE DE VIGILANCE ET DE LA QUALITE

**Membres** (cinq membres selon la loi)

Présidente : Lucyna Lach

Membres permanents: Susan Karpman, Linda Fortier, Dr. Lawrence Rosenberg, Rosemary Steinberg, Marisol Miro, Lucio D'Intino

Membres invités : Anne Lemay, Chantal Bellerose, Barbra Gold, Felicia Guarna, Thaddeus Rezanowicz, Iryna Dulka (CM), Maecha Nault (CSF), Dr. Marc Afilalo (CMDP), Dr Noura Hassan (CMDP), Joanne Grondin (CII), Dre Louise Miner, Lucie Tremblay

#### **Mandat**

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le comité de vigilance et de la qualité est institué en vertu de l'article 181.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Le Comité de vigilance et de la qualité (V&Q) est responsable principalement d'assurer, auprès du Conseil d'administration (CA), le suivi des recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen, *ainsi que de veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment à l'égard de :*

- *la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés; □ du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.*

#### **Activités**

- 11 rencontres entre le 1<sup>er</sup> avril 2018 et 31 mars 2019;
- Triangulation des rapports des comités des usagers, du Commissaire aux plaintes et à la qualité, des comités professionnels, de la direction de la qualité (DQEPEA), du rapport d'Agrément Canada. Élaboration d'outils de suivis des dossiers;
- Accueil de nouveaux invités soit : les délégués des quatre conseils, la DSP, la DSI;
- Présentations et rapports :
  - Conseil multidisciplinaire
  - Comité des usagers

- Rapport de la Commissaire aux plaintes et à la qualité
- Rapport du Comité de révision
- Rapport annuel Comité de gestion de risques : C. Bellerose et A. Lemay, dont les suivis sur les recommandations du Coroner.
- Visites ministérielles MSSS (CHSLD-RI-RTF) : N. Trastour
- *DI-TSA Situation and Access Improvement Action Plan* : S. Cloutier
- *Overview of medication incidents Q3*: M.-C. Poulin, E. Serra
- Expérience usagers pour le CIUSSS : N. Trastour et P. Calestagne
- Rapport d’Agrément Canada et plan d’action DQEPA (découlant de la visite d’agrément de novembre 2018) : C. Bellerose
- Plan de qualité et sécurité 2017-2018 : A. Lemay
- Prévention et contrôle des infections
- Résultat du sondage PULSE et culture des sécurités : C. Bellerose
- IPU Neurosciences
- Prévention des chutes
- Résumé du rapport annuel du protecteur du citoyen 2017-2018 et la pertinence pour notre CIUSSS : le Dossier contentions et le plan d’action du comité CIUSSS sur les contentions
- Suivi du programme d’évaluation du circuit sécuritaire du médicament (CSM) au CIUSSS-COM : M.-C. Poulin

La section suivante décrit les mesures prises au cours de l’année écoulée à l’égard des objectifs énoncés dans le rapport annuel de l’exercice 2017-2018.

## 1. Climat de travail

### a. Activités et problèmes

- i. Le comité V&Q a passé en revue les résultats du sondage PULSE le 12 juin 2018; ii. Le comité V&Q a recommandé que les conclusions du sondage soient présentées aux membres du conseil d’administration;
- iii. Au cours de notre exposé devant le conseil, en octobre 2018, nous avons attiré l’attention des membres sur les questions jugées préoccupantes;
- iv. À la suite de cet exposé, Beverley Kravitz a présenté le plan d’action (SMET) prévu pour traiter les questions soulevées;

### b. Issue/suivi

Un suivi doit être effectué concernant le climat de travail. Nous recommandons que la Direction de la qualité relance le sondage PULSE pendant l’exercice en cours.

## 2. Culture de sécurité

### a. Activités et problèmes

- i. Le comité V&Q a passé en revue les résultats du sondage sur la culture de sécurité en parallèle de ceux du sondage PULSE;
- ii. Le comité V&Q a examiné le plan concernant la qualité et la sécurité pour l’exercice 2017-2018 et les résultats en découlant;

- iii. Le plan de l'exercice 2018-2019 nous a été présenté en septembre 2018.
    - b. Issue/suivi
      - i. Le plan de gestion de la qualité et de la sécurité est en place;
      - ii. Nous recevrons et analyserons les résultats découlant des mesures adoptées dans le cadre ce plan.
3. Projet d'agrément
- a. Activités et problèmes
    - i. Nous avons reçu des rapports mensuels concernant l'état de préparation de l'organisation pour la visite d'agrément, qui a eu lieu en décembre 2018;
    - ii. En mai 2018, nous avons signalé que le délai accordé aux membres du conseil pour évaluer les pratiques de gouvernance du conseil d'administration (enjeu principal de l'agrément) était trop serré; nous avons pu évaluer les pratiques de gouvernance du conseil en novembre, juste à temps pour la visite d'agrément;
  - b. Issue/suivi
    - i. La visite d'agrément s'est très bien déroulée, et un taux de conformité de 99,6 % nous a été accordé et 100% des PORs; ii. Les processus suivants sont les prochains visés par l'agrément : Programme d'excellence – Services aux victimes d'AVC, en juin 2019; santé publique, en novembre 2019; et santé physique, santé mentale, soins primaires, et services aux jeunes, en Juin 2020.
4. Rapport sur la gestion de la qualité et des risques, incluant le Circuit sécuritaire du médicament (CSM)
- a. Activités et problèmes
    - i. Nous avons reçu et examiné le rapport annuel sur la gestion de la qualité et des risques le 12 juin 2018;
    - ii. Nous avons constaté une augmentation du nombre de signalements : les chutes et les médicaments représentent les principaux enjeux;
    - iii. Un exposé sur la sécurité des médicaments nous a été présenté le 17 mai 2018;
  - b. Issue/suivi
    - i. Il faut traiter la question de la conformité aux Pratiques organisationnelles requises (ROP) et plus précisément, le bilan comparatif des médicaments à l'admission, au transfert et au départ.
5. Rapport du protecteur du citoyen
- a. Activités et problèmes
    - i. Nous avons reçu et examiné le rapport du protecteur du citoyen en lien avec le dossier des contentions;
    - ii. Nous constatons qu'une équipe dédiée travaille le plan d'amélioration avec audits suite à leur présentation;
  - b. Issue/suivi

- i. Les meilleures pratiques sont mises en places avec amélioration et l'équipe est encouragée à continuer ces travaux et à revenir présenter l'an prochain.

## 6. Rapports de coroner

### a. Activités et problèmes

- i. Nous avons reçu et examiné les rapports du Coroner;
- ii. Présentation par la DQEPEA du Rapport du **8 mai 2017**, polyintoxication accidentelle et recommandations s'adressant à la pratique médicale du service de la santé mentale dont ces dernières sont présentement en suivi.
- iii. Présentation par la DQEPEA du Rapport du 4 février 2019 relatif à un dossier médical et impossibilité de trouver l'information dans un dossier papier en clinique. Facteurs contributifs : manque d'accès à l'information, systèmes de sécurité et processus, communication et continuité des soins. Solutions et plans : Continuation du déploiement de la numérisation des dossiers et du dossier centralisé au sein du CIUSSS.

### b. Issue/suivi

- i. Équipe de santé mentale invitée à présenter la mise en œuvre des recommandations du rapport sur la polytoxicité accidentelle
- ii. Suivi du progrès de l'initiative des archives de numérisation des dossiers et du déploiement du dossier unique centralisé dans les cliniques.

## 7. Examen des questions soulevées dans le rapport harmonisé de la Commissaire aux plaintes, du comité des usagers et du Programme expérience patient (voir ci-joint). Points clés à souligner :

### a. Activités et problèmes

- i. Vols ou pertes d'objets pendant le séjour ou les tests à l'hôpital;
- ii. Site Web désuet ou inexact – l'information visant directement les usagers doit être améliorée;
- iii. Communications trop espacées entre les membres du comité des usagers et de l'administration;
- iv. Port irrégulier des porte-noms par le personnel de soins à domicile pendant les visites aux clients.
- v. Participation de la famille pendant les quarantaines de leurs proches;
- vi. Retard considérable des réponses aux plaintes médicales;
- vii. Problème dans l'acheminement et la réception des messages téléphoniques ou défaut d'y répondre;
- viii. Plaintes axées sur les attitudes et comportements du personnel envers les usagers et membres de leurs familles;

- ix. Recours aux organismes de soins privés est problématique sur le plan de la continuité des soins et de la sécurité des usagers;
- x. Qualité de la nourriture offerte aux patients hospitalisés;
- xi. Rapport de Marisol Miro concernant les points soulevés dans le rapport annuel de la Protectrice du citoyen du Québec;
- xii. Mauvaise planification des congés, les patients ayant parfois reçu leur congé sans information appropriée ni mesures de suivi;
- xiii. Longue liste d'attente pour les services de réadaptation, plus particulièrement pour les personnes souffrant de déficience intellectuelle ou de troubles du spectre de l'autisme (DI/TSA).

b. Issue/suivi

- i. Un comité examine la question du vol ou de la perte des objets personnels; il faut assurer un suivi du travail de ce comité, car il semble que le problème persiste toujours. Cette situation relève du mandat de la sécurité globale, qui fait partie des responsabilités de Mme Kravitz. Nous demanderons un compte-rendu de la situation cette année;
- ii. Des changements ont été apportés au site Web et les améliorations sont notables; il s'agit d'un processus continu;
- iii. Anne Lemay a assisté aux réunions des représentants du comité des usagers et communique fréquemment avec Lucio D'Intino pour rester au courant des problèmes qui se présentent;
- iv. Le port régulier des porte-noms reste problématique, cette consigne étant difficile à faire respecter du fait que le personnel de soins à domicile n'est pas toujours employé par le CIUSSS; nous recommandons que le port du portenome fasse l'objet d'une exigence dans le prochain appel d'offres;
- v. Un suivi assuré auprès du comité IPAC a mené à l'établissement d'une politique concernant la participation des familles pendant les périodes d'isolement de leurs proches;
- vi. Pour réduire le délai de réponse aux plaintes médicales, 5 médecins examinateurs ont été embauchés, mais les retards persistent. Nous devons comprendre dans quelle mesure ces retards sont causés par le fait que cette tâche est effectuée à temps partiel, en sus du travail clinique normal. Un suivi est requis.
- vii. La prise de rendez-vous est maintenant centralisée, mais les problèmes persistent, car les patients se plaignent que leurs appels au CIUSSS restent sans réponse. Cette question doit faire l'objet d'un suivi avec la Direction des services professionnels, les Ressources humaines et le comité des communications;
- viii. Les plaintes concernant l'attitude et le comportement du personnel sont traitées par l'entremise de la Campagne sur le respect menée à l'échelle du CIUSSS et de Planetree, mais il faudra du temps pour que ces efforts entraînent des changements notables. Nous suivrons certains indicateurs (incluant dans quelle

- mesure il existe ou pas une pénurie de personnel) toutefois, la suffisance des ressources pour apporter les changements requis reste préoccupante;
- ix. Un exposé a été présenté au conseil à ce sujet; l'objectif était de réduire le recours aux organisations privées et les résultats confirment que l'utilisation de ces services a baissé, passant de 8,7 % à 6,5 % au cours de la période 13 de l'exercice 2018-2019.
  - x. Le rapport de la visite ministérielle indique une amélioration de la qualité de la nourriture; nous entendons continuer dans cette voie;
  - xi. Nous avons discuté de chaque point et les procès-verbaux confirment que les discussions ont été enrichissantes et entraîné la demande pour d'autres exposés sur les chutes et l'utilisation de contentions;
  - xii. La planification des congés et la continuité des soins sont traitées par l'entremise d'une unité de pratiques intégrées (UPI); nous avons assisté à un exposé du Service de neuroscience sur la trajectoire des soins d'un AVC; d'autres UPI seront créées; nous inviterons Suzette Chung, planificatrice des congés et présidente du comité d'intégration, à nous faire un exposé sur cette question l'an prochain;
  - xiii. La longue liste d'attente pour les services de réadaptation pour les DI/TSA reste problématique; un changement a récemment eu lieu au sein de l'administration et nous devons assurer un suivi sur ce point.

### **Questions à traiter l'an prochain :**

1. Assurer un suivi sur le délai de réponse aux sonnettes d'appel;
2. Faire un suivi sur la question du climat de travail – nous recommandons que la Direction de la qualité relance le sondage PULSE pendant l'exercice en cours.
3. Examiner le plan de gestion de la qualité et de la sécurité et en assurer le suivi.
4. S'occuper de la conformité aux Pratiques organisationnelles requises (ROP) et plus précisément, du bilan comparatif des médicaments à l'admission, au transfert et au départ.
5. S'employer à réduire la liste d'attente pour les services de réadaptation, particulièrement pour les enfants atteints de DI-TSA.
6. Inviter la planificatrice des congés et présidente du comité d'intégration à nous faire un exposé sur le processus de planification des congés;
7. Préparer l'organisation pour la prochaine visite d'agrément;
8. Faire un suivi sur la question du vol et de la perte d'objets personnels;
9. Exercer un suivi sur le port obligatoire des porte-noms / cartes d'identité lors des visites à domicile, surtout pour les professionnels embauchés par des entreprises externes – cette exigence doit être négociée dans le cadre du prochain appel d'offres;
10. Se pencher sur les ressources et délais concernant les médecins examinateurs;
11. Revoir avec le comité des communications, les RH et la DSP le processus de réponses aux appels téléphoniques et de réservation des rendez-vous.

12. Assurer le suivi du déploiement de la Campagne sur le respect et de Planetree pour améliorer l'attitude et le comportement du personnel à l'égard des patients et des membres de leurs familles.
13. Assurer le suivi concernant la qualité des ressources intermédiaires.
14. S'occuper des questions importantes et récurrentes soulevées dans les rapports 2018-2019 des divers conseils et comités.
15. Évaluer les ressources attribuées pour appuyer les bureaux de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de la vigilance et de la qualité est fier de ses réalisations au cours de l'exercice écoulé et de l'engagement élevé de ses membres. Nous sommes également reconnaissants envers la Direction de la qualité pour l'appui que nous avons reçu. Nous sommes toutefois préoccupés par le nombre de rapports que nous devons examiner et soucieux de notre capacité à assurer le suivi requis de façon vigilante et responsable. Nous avons augmenté d'une demi-heure le temps accordé à nos réunions mensuelles, désormais d'une durée de deux heures, et avons élargi le nombre de nos membres invités afin d'assurer une représentation équitable de tous les conseils. Nous faisons état de nos progrès aux réunions régulières du conseil. Nous réviserons nos procédures cette année à la lumière des défis que nous devons relever.

### 3.2.2.3 COMITE DE GESTION DES RISQUES

Présidente: Dre Anne Lemay, DGA et directrice de la gestion qualité, de l'évaluation, de l'éthique de la performance

Membres :

Mme Chantal Bellerose, Co-présidente, Adjointe à la DGA-DQEPEA, Coordinatrice qualité, gestion des risques, agrément, éthique clinique, expérience-patient  
 Mme Marie-Hélène Carbonneau, Mme Isabelle Caron, Représentante de la DSI / Représentante de soins aigus / Représentante désignée par le PDG  
 Mme Adila Zahir, Coordinatrice, prévention et contrôle des infections  
 Mme Marie-Claude Poulin, Conseillère, sécurité du circuit médicament, DQEPEA  
 Dre Louise Miner / Mme Danielle Schryer, représentante de la DSP  
 Mme Eva Cohen, Chef pharmacie / Co-chef circuit du médicament  
 Mme Johanne Grondin, Adj DSI, Co-chef circuit du médicament,  
 Mme Mary Lattas, DA DSM, Représentante de la DSM  
 Mme Lucie Wade et M Kevin Hayes, Représentants, bureau éthique clinique, DQEPEA  
 Mme Audrey Benarrosh, Représentante, DSM, stérilisation, GBM et service alimentaire  
 M. Bernie Weinstein, Patient aviseur  
 Mme Lisa Westaway, DA et représentante, Direction des soins intégrés 1<sup>ère</sup> ligne  
 M. Tung Tran, DA et Représentant, Direction santé mentale et dépendance

Mme Felicia Guarna et Mme Suzanne Cloutier, Directrices et Représentantes, Direction programme de réadaptation

Mme Barbra Gold, Directrice et Représentante, Direction SAPA (programme de soutien à l'autonomie de personnes âgées)

M. Neil Michaels, Coordonnateur, Mesures d'urgence et de la sécurité civile et de la planification pandémique

Mme Diane Mercier, Mme Amina Talib, Représentantes, Service de santé et sécurité du travail, DRHCAJ

Mme Lianne Dzygala, Chef, qualité et gestion de risques, soins aigus et obstétriques

Mme Nathalie Trastour, Chef, qualité et gestion de risques, mission SAPA, réhabilitation, santé mentale et communautaire

M. Elliott Silverman, Directeur de la logistique

M. Henry Mietkiewicz, Communications & relations médias, DHRCJA

Milena Marn, secrétaire du comité, technicienne en administration DQEPEA

Membres ad-hoc :

Mme Stefania Iapaolo, Conseillère, Qualité-Risques

Mme Brigitte Lavoie, Conseillère, Qualité-Risques

Mme Zovig Kevorian, Conseillère, Qualité-Risques

Mme Paula Caestagne, Conseillère, Expérience usager Mme

Krystle L. North, Conseillère, Qualité-Risques

Mme Mendy Sananikone, Conseillère, Qualité-Risques

Mme Elisabet Serra, Conseillère, Qualité-Risques

Mme Sophie Leduc, Conseillère, Qualité-Risques

Mme Anne Desmarais, Conseillère, Qualité-Risques

Au cours de l'année 2018-2019, le Comité de gestion des risques s'est rencontré à six reprises et a poursuivi ses travaux concernant le suivi du plan de la sécurité organisationnelle, l'amélioration de la culture de sécurité, la déclaration, la divulgation, l'analyse des événements sentinelle, la prévention et le contrôle des infections, le suivi de la conformité aux normes d'agrément et des meilleures pratiques, et le suivi des différents plans d'amélioration y compris ceux donnant suite aux visites ministérielles sur le milieu de vie en soins de longue durée et ceux en lien avec la mesure et l'amélioration de l'expérience usager. Les constats sont aussi présentés au Comité Vigilance du CA. Cette année nous célébrons aussi le lancement de notre démarche Planetree centrée sur la personne. Voir plus de détails dans la section : gestion de risques et de la qualité.

### **3.3 Les faits saillants**

#### **3.3.1 Soins infirmiers**

La Direction des soins infirmiers (DSI) exerce son rôle et ses responsabilités découlant de la Loi sur la santé et les services sociaux. Celle-ci est engagée à offrir une expérience exceptionnelle aux personnes soignées par le personnel infirmier à travers le CIUSSS. Nous œuvrons pour développer des soins infirmiers innovants et nous concentrons nos efforts afin d'offrir nos services avec efficacité et efficience.

## **Expérience exceptionnelle**

Guidés par les résultats d'expérience usager, deux projets visant à offrir une meilleure expérience de soins aux patients hospitalisés ont vu le jour.

### **Tournée intentionnelle**

La tournée intentionnelle, a pour objectif de visiter toutes les heures les personnes les plus vulnérables afin de s'assurer de leur confort, bien-être et sécurité. Ce projet a permis de réduire le recours aux cloches d'appel, puisque lors de chaque visite, le personnel est capable de mieux anticiper les besoins de la clientèle. Ce projet est en déploiement, et touche actuellement entre 50 et 75% de la clientèle.

### **Tableaux blancs**

Les patients et leurs proches ont besoin d'information sur leur épisode de soins. Dans ce contexte, notre second projet consiste à l'implantation de tableaux blancs utilisés comme outil de communication pour la clientèle. On retrouve notamment, le nom des soignants, le moment où le congé est envisagé, les questions des patients et de leurs proches, et des informations facilitant la communication soignant-soigné. Ce projet rejoint entre 50 et 75 % de la clientèle.

### **Indicateurs de qualité**

Nos indicateurs de qualités démontrent la rigueur et le suivi qui leur sont accordés. Bien qu'il reste encore des efforts à faire, l'équipe de prévention des infections rapporte que le personnel respecte les consignes d'hygiène des mains à toutes les étapes de soins dans 76 % des cas, ce qui répond à la cible définie par le MSSS.

De plus, le CIUSSS démontre une performance exemplaire en matière de prévention des plaies de pression. Les taux de plaies acquises à l'hôpital sont nettement en deçà des comparatifs généralement reconnus. Finalement, les programmes de prévention des chutes et de mesures de contrôle sont déployés dans tous les secteurs.

### **Projets cliniques**

De nombreux projets sont en cours afin de toujours pouvoir prodiguer des soins et services intégrés de qualité. Plusieurs membres de la DSI sont impliqués dans le développement, le déploiement et le suivi des Unité de Pratiques Intégrée (UPI), notamment en neurosciences, en cardiovasculaire, musculo-squelettique, mère-enfant et gériatrique.

L'approche adaptée à la personne âgée est en déploiement à travers tous les services concernés. Le délirium est une problématique importante pour les personnes âgées hospitalisées. Dans ce contexte, des efforts ont été déployés afin de détecter précocement le délirium. 82% des patients ciblés ont été évalués.

Une conseillère en lactation s'est jointe à l'équipe de périnatalité afin de tendre à devenir une organisation « amis des bébés ».

Des vidéos d'enseignement à la clientèle ont été développées dans une vision d'intégration des technologies de santé numérique.

La DSI a aussi tenu des activités afin de soutenir les autres directions cliniques afin de favoriser la pleine étendue de pratiques des professionnelles en soins infirmiers.

Toute l'équipe a aussi participé activement et contribué au succès de la visite d'agrément Canada qui a eu lieu en novembre 2018. Une visite d'inspection de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires a eu lieu au printemps 2019.

## **Efficacité et efficience**

Dans un souci constant de s'assurer d'une utilisation efficiente de ses ressources en soins infirmiers en maintenant la qualité des soins, l'équipe de la DSI de l'Hôpital général juif (HGJ) a assumé un leadership innovant en se dotant d'un outil qui détermine la composition optimale des équipes de soins en lien avec l'intensité de soins requise. Après une vaste démarche, elle a choisi l'outil SNCT (Safer Nursing Care Tool). Cet outil a fait l'objet d'une validation scientifique au contexte de soins québécois et est désormais l'outil diffusé à travers tout le réseau de la santé pour permettre l'identification de ratios sécuritaires de soins. Cet outil a mis en évidence que le HGJ a une dotation en soins infirmiers très performante et que l'ensemble des unités de soins avaient une composition d'équipe légèrement en deçà ou à l'intérieur de la cible recommandée.

Employeur de choix, innovant en collaboration avec la Direction des ressources humaines, communications, affaires juridiques et sécurité globale (DRHCAJSG), nous avons mis en place un programme misant tout au long de l'année sur différentes stratégies de recrutement et de rétention de personnel (Programme dessine ta carrière) afin d'avoir les ressources nécessaires pour offrir des soins avec continuité, au meilleur coût et de permettre à nos professionnels de travailler dans un environnement de travail sain. Ces efforts nous ont permis d'embaucher près de 250 infirmières et infirmiers auxiliaires. Ceci contribue à réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante ou du temps supplémentaire. La DSI est ainsi fière d'annoncer que le recours au temps supplémentaire obligatoire est presque nul; succès qui nous démarque au sein de la province.

Toujours à l'affût de nouvelles avenues afin de pouvoir mieux desservir la clientèle, 8 lits de médecine interne ont été convertis en 8 lits d'hémo-oncologie. Les deux premières IPSSA (infirmière praticienne spécialisée en soins adultes) au Québec ont été recrutées pour œuvrer auprès de cette clientèle. Ces IPSSA contribuent également à l'avancement de la prise en charge numérique en participant à une clinique virtuelle et en donnant un accès adapté en présentiel, avec comme résultat une meilleure prise en charge de ces personnes et une diminution des visites à l'urgence de ces patients. Les patients qui consultent à la clinique d'oncologie ont pu réduire de 40% les visites à l'urgence de cette clientèle.

Tout au long de l'année, la DSI a orchestré l'intégration de nouvelles (Infirmières praticiennes spécialisées) IPS en première ligne. Il y a 26 IPS qui travaillent actuellement dans notre organisation.

Plusieurs initiatives ont aussi vu le jour pour toujours offrir une meilleure accessibilité à meilleur coût, notamment : un projet pour mieux accompagner les grands consommateurs de soins, la redirection des patients présentant des problèmes moins urgents (P4-P5) de l'urgence vers une ressource mieux appropriée ou le développement d'algorithmes au niveau de l'accueil clinique.

Un projet novateur a aussi vu le jour au cours de la dernière année. En effet, la DSI a travaillé en collaboration avec la DRHCAJSG afin de favoriser une utilisation efficiente des personnes en assignation temporaire. Le projet permet des économies significatives en effectuant une meilleure utilisation des ressources et en favorisant un retour au travail rapide et respectueux des personnes. En effet, les personnes en assignation temporaire agissent notamment en assurant la surveillance auprès des clientèles ayant des symptômes comportementaux sévères associés à la démence, en s'assurant que les précautions nécessaires soient respectées auprès des clientèles touchées par les microorganismes résistants au carbapénème (CRO) et finalement en s'assurant que certains équipements soient nettoyés conformément aux règles de prévention des infections.

Les infirmiers et les infirmières ont pu bénéficier de différentes activités d'information et de formation continue. Notamment, la DSI a formé près de 75% des infirmières et infirmiers ayant une formation de niveau collégial pour l'évaluation de la condition physique et mentale; ce qui est bien au-delà de la cible prescrite par le MSSS.

## **Innovation**

Dans le cadre de sa mission universitaire, la DSI a accueilli près de 1000 stagiaires, dont une vingtaine d'étudiants de 2e cycle universitaire notamment trois IPS. Plusieurs projets de recherche sont en cours à travers toute la Direction contribuant à près d'une dizaine

d'articles acceptés pour publication, une cinquantaine d'articles publiés et une centaine de présentations.

Enfin, la DSI est fière d'assurer le coleadership du Collaboratif avec l'université McGill et le CUSM. Parmi les projets porteurs de cette initiative, le projet LEAP IN est une occasion exceptionnelle pour l'équipe de la DSI de développer un leadership clinique fort au sein d'un environnement de soins de plus en plus complexe. Le Collaboratif explore, entre autres, les possibilités d'utiliser davantage l'intelligence artificielle afin de demeurer à la fine pointe des connaissances en soins infirmiers.

### **3.3.2 Services multidisciplinaires**

La direction des Services multidisciplinaires a accompli enore cette année beaucoup de réalisations.

Il y a eu plusieurs projets de services diagnostiques et thérapeutiques qui ont amélioré l'accès aux patients et optimisé les soins aux patients. L'accent a été mis sur l'accès en radiologie. Nous nous sommes conformés à 100% de notre entente ministérielle GESTRED et, dans l'ensemble, l'imagerie a respecté à 97% l'émission du rendez-vous 90 jours suivant la demande initiale. De plus, le département de radiologie, de médecine nucléaire et d'échographie obstétricale ont procédé, en collaboration avec le département de l'informatique, à un rehaussement majeur de version logiciel du système PACS et nous sommes passés à un environnement de serveurs virtuels, ce qui fait de notre CIUSSS le premier établissement de santé au Québec à fonctionner selon ce mode de serveur. Ce qui signifie une meilleure redondance et fonctionnement.

Le département de physiologie respiratoire a implanté avec succès leur nouveau laboratoire d'apnée du sommeil au Mont-Sinai et Rene Cassin. Ce laboratoire était antérieurement opéré en mode privé par des pneumologues au Mont-Sinai. Toutes les consultations en apnée du sommeil sont actuellement réalisées maintenant au CLSC René Cassin permettant aux pneumologues de déterminer si le patient peut être un candidat pour une évaluation à domicile ou bien devra subir une évaluation pendant la nuit au Mont-Sinai. En 2018-2019, nous avons desservis 1 686 patients.

Avec fierté, l'équipe clinique du Service des aides techniques du Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay a obtenu le Prix Reconnaissance Desjardins 2018 dans la catégorie « Rayonnement » ayant contribué au rayonnement de leur profession sur le plan clinique, que ce soit par l'enseignement, la recherche ou l'évaluation des technologies. L'équipe a été saluée pour ses événements d'envergure organisés avec des partenaires et ses programmes de formation. Elle a créé et mis en œuvre un programme de formation sur les fauteuils roulants à propulsion pour aider les clients à mieux les manier. Les séances sont basées sur les défis communs que rencontrent tous les jours les utilisateurs.

Le volet réadaptation hospitalier de la DSM a également joué un très grand rôle au niveau du continuum de soins et de l'amélioration des services. Le département de nutrition clinique a mis en place une nouvelle approche appelée INPAC (Algorithme pour les soins de la nutrition dans les hôpitaux aux soins aigus) pour le dépistage, le diagnostic et le suivi de la malnutrition à l'HGJ le 28 mai 2018. Comme la malnutrition est un problème de santé globale qui affecte le séjour du patient, les taux de réadmission, la cicatrisation des plaies, des taux d'infection, les complications post-chirurgicales, et l'augmentation des coûts de l'hôpital, les initiatives qui identifient et traitent la malnutrition sont essentielles au bien-être et au soin du patient. Des indicateurs préliminaires montrent que 89% des patients évalués sont dénutris (68% avec la malnutrition légère / modérée et 21% avec la malnutrition grave). La mise en œuvre de ce projet dans les centres de réadaptation de notre CIUSSS est prévue pour l'année suivante.

Notre direction, en collaboration avec la Direction de soins infirmiers, Direction des services Professionnels, et Direction des logistiques a mis en œuvre la première phase du projet frais accessoire. En commençant par le service des urgences, le 29 janvier 2019, le département d'urgence fournit maintenant l'équipement médical tel que des béquilles et des attelles pour nos clients dans le cadre de leur traitement médical. La mise en place de ce projet dans nos cliniques externes et les unités de l'hôpital sont en marche

Dans le cadre de nos efforts continus pour optimiser et assurer la qualité de nos services, le Département du retraitement des dispositifs médicaux a lancé 2 projets.

En janvier 2018, un projet a été lancé pour revoir l'utilisation des instruments contenus dans les divers plateaux chirurgicaux en salle d'opération. Travaillant avec le personnel de la salle d'opération, les instruments qui n'étaient pas couramment utilisés pendant la chirurgie ont été retirés des plateaux. Cela a entraîné une réduction du temps requis pour décontaminer et réassembler ceux-ci. Le projet est en cours et devrait être achevé en 2019.

De plus, au cours de la dernière année, les activités de retraitement qui ont eu lieu dans les CLSC ont été transférées et consolidées avec le service de RSS de l'HGJ. Les activités de retraitement qui se déroulant au CLSC Benny Farm et au CLSC René-Cassin seront transférées en 2019 avec la Maison de Naissance et le Département de soins dentaires au CHSLD Jewish Eldercare.

Le soutien à la pratique a le mandat de soutenir et d'encadrer la pratique professionnelle des disciplines qui sont sous le Conseil multidisciplinaire. Plusieurs projets ont été mis en place afin de répondre à ce mandat.

Un Cadre de référence sur le soutien clinique été élaborés et finalisés en collaboration avec les Ressources humaines et les différentes directions cliniques. Cette structure de soutien est

dans le processus d'implantation avec les regroupements professionnels et les séminaires pour les personnes qui assurent le soutien clinique ont été faites.

La DSM en collaboration avec les différentes directions est responsable de l'élaboration d'un plan d'action local pour la Santé et Bien-Être des hommes. Ce plan d'action a été élaboré pour la période de 2018-2022 et un Comité stratégique (décisionnel) et un Comité local (opérationnel) composés d'un représentant de chacune des directions cliniques, ont été mis en place pour la mise en œuvre du plan d'action.

La DSM a collaboré avec la Direction des services intégrés de première ligne, à la révision du Cadre conceptuel d'intervention de l'équipe clinique spécialisée Polarisation qui définit l'offre de services de l'équipe spécialisée Polarisation et le type d'interventions réalisées. La DSM a aussi collaboré à la rédaction du document La tenue de dossiers à l'équipe clinique spécialisée Polarisation qui établit les normes à suivre en lien avec la tenue de dossiers pour cette équipe qui évolue dans un contexte particulier.

La DSM, en collaboration avec le département de gériatrie et avec l'appui de la Fondation, a implanté un programme innovant, le HELP, au JGH afin de maintenir le niveau fonctionnel et de prévenir le délirium des personnes âgées hospitalisés. HELP est à sa deuxième année d'implantation et poursuit son expansion, actuellement dans 2 unités médicales (K6, CD7) et une unité chirurgicale. Au cours de la dernière année, les 41 bénévoles ont fourni plus de 2560 heures de bénévolat et ont vu plus de 294 patients avec une moyenne de 7 sessions par patient. De plus, un partenariat a été créé avec l'école de physiothérapie et d'ergothérapie à l'Université McGill pour intégrer HELP dans leur curriculum pour septembre 2019.

### **3.3.3 Services intégrés de première ligne**

#### **DIRECTION ADJOINTE ENFANCE-FAMILLE / MAISON DE NAISSANCE / JEUNESSE / SANTÉ PUBLIQUE / PRAIDA**

##### **Enfance-famille-jeunesse**

- Mise sur pied d'une clinique d'allaitement au CLSC Côte-des-Neiges en collaboration avec le GMF Village-Santé.
- Intégration de psychologues au sein des équipes jeunesse et développement d'une offre de service. Révision de l'offre de services d'orthophonie et d'ergothérapie.
- Intégration de la vaccination des femmes enceintes dans l'offre de service en périnatalité.
- Démarches de préparation à la visite d'accréditation initiative amis des bébés pour l'établissement du RTS de la Montagne et mise en place d'un comité d'allaitement CIUSSS visant à adopter une politique d'allaitement pour l'établissement.

### **Maison de naissance**

- Participation aux activités d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services se déroulant au sein du programme AMPRO\_ob avec l'équipe de la salle d'accouchement, et dans le cadre de la démarche d'agrément.
- Contribution à la mission universitaire en accueillant en stage des étudiantes sages-femmes, des étudiants et résidents en médecine familiale, ainsi que des étudiantes en soins infirmiers.

### **Santé publique**

- Réalisation et diffusion de portrait populationnel.
- L'équipe SIDEP a participé activement à un vaste projet de recherche réalisé conjointement avec le CHUM et l'Université Concordia visant à connaître la prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes des Premières Nations, Métis et Inuits vivant à Montréal.
- L'équipe de Santé publique a travaillé activement à la création de la Table de quartier de Parc-Extension qui dotera le quartier d'une voix collective et devrait permettre l'arrivée de financements supplémentaires pour des projets structurants pour le quartier.
- Deux lettres d'opinion ont été envoyées par notre direction à des instances comme *Office de consultation publique de Montréal et la commission sur le développement économique et urbain et l'habitation*.
- 20 442 personnes ont été vaccinées cette année dans nos 5 cliniques de masse et par la prise de rendez-vous. Ceci représente une augmentation de 3% comparé à l'année dernière.

### **PRAIDA**

- Création du comité tactique régional concernant les demandeurs d'asile et les réfugiés (CRDDAR) rassemblant les 5 CIUSSS et les établissements nonfusionnés de Montréal afin d'élaborer un plan d'action régional visant à coordonner et accéder aux ressources nécessaires qui répondent aux besoins psychosociaux, santé physique et médicale des DDA.
- Réponse efficace à l'éclosion de maladie infectieuse sur les sites d'hébergement temporaire et mise en place de l'offre de service de vaccination visant à prévenir d'autres éclosions.
- Visite du Protecteur du citoyen au site d'hébergement Royal-Victoria. Un rapport favorable sur notre offre de service fut émis.

## **DIRECTION ADJOINTE SERVICES GÉNÉRAUX**

### **Services psychosociaux**

- Implantation du dépistage systématique du risque suicidaire dans nos accueils des cinq CLSC sur notre territoire.

### **Services courants**

- Les heures d'ouverture du Centre de prélèvement CLSC Métro ont été augmentées de 7h30 à 18h00 pour mieux desservir la population de ce secteur.
- Les pneumologues de la clinique de l'apnée de sommeil ont vu 2672 patients.
- Le Bilan comparatif des Médicaments et les Plans de Traitements Individualisés sont maintenant intégrés dans la pratique infirmière des CLSCs.

### **Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)**

- 3 625 personnes de notre territoire ont été assignées à des médecins de famille, le taux d'inscription est de 65,4%. Nos médecins atteignent par contre une capacité de prise en charge de 142%, taux le plus élevé de Montréal.

### **Dossiers transversaux**

- Notre offre de service continue à se développer à travers notre participation dans plusieurs dossiers émanant du ministère dont Santé bien être des hommes (SBEH), Santé bien être des femmes (SBEF), Agression Sexuelle, Violence Conjugale et Maladies Chroniques.

### **GMF/R/U**

- Notre CIUSSS compte 16 GMFs, 6 GMFR et 3 GMF-U sur notre territoire, ce qui dépasse la cible du ministère de 15.
- La mise en place des cliniques d'hiver sur notre territoire a permis de voir 360 patients de plus en sans rendez-vous par semaine entre janvier et mars dans nos GMFRs.
- Un projet innovateur a été mis en place entre Info-santé et les GMFRs de notre territoire pour faciliter la prise de rendez-vous pour des cas semi-urgents. Plus de 103000 personnes ont été vues dans les sans rendez-vous des GMF-R.
- Le 1er Forum de la 1re ligne a eu lieu le 5 décembre 2018 dont l'objectif visait d'améliorer les communications entre médecins généralistes et médecins spécialistes. Plus de 100 personnes ont participé à cet évènement qui deviendra un évènement annuel.
- Nos ententes de réorientation des urgences de Montréal vers les GMFRs ont permis la réorientation cette année de plus de 6000 patients, afin de désengorger les urgences et faciliter les accès.
- Les GMF-U, intra murs ont été accrédités par McGill.

### **SRISIS**

### **Info-santé**

- Durant l'année 2018-2019, le service a répondu à 309 613 appels.
- Nous avons accueilli une stagiaire en sciences infirmières de l'Université de Montréal pour la première fois cette année et 6 étudiants en médecine de l'Université McGill.

### **Info-social**

- Le service a répondu à 43 132 appels cette année, une augmentation de 17 %.
- Notre CIUSSS lead un projet régional de coordination de la trajectoire d'intervention de crise avec les partenaires de la communauté : urgences-santé, 911, SPVM, UPS Justice, les centres de crises et les 5 CIUSSS de Montréal.

### **GIMA**

- La fusion de la coordination du service de la Garde infirmière médicale associée (GIMA) et la Garde auxiliaire en santé et services sociaux (GASSS) a eu lieu cette année, donnant le CCOMTL le mandat régional de ce service pour la population
- 3412 visites ont été effectuées à la population de l'île de Montréal.

### **Plan stratégique 2015-2018 visant la radicalisation menant à la violence**

- Dans l'année 2018-2019, l'équipe a pris en charge 43 cas cliniques, et 7 consultations auprès des partenaires communautaires avec un total de plus de 500 interventions

## **3.3.4 Réadaptation et déficience**

### **Défis**

- En dépit des efforts déployés pour la liste d'attente des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA), les listes ne cessent d'augmenter puisque l'incidence de l'autisme est en hausse constante. Par ailleurs, la littérature confirme qu'une intervention précoce, avant l'âge scolaire auprès des enfants ayant un TSA, peut les aider à faire des progrès considérables.

Toutefois, avec les listes d'attente présentement en cours, beaucoup d'enfants n'obtiennent pas la thérapie de l'intervention comportementale intensive avant d'accéder à la maternelle.

- Les familles avec des jeunes enfants, ayant une DI ou TSA, nous transmettent leur détresse face à l'insuffisance des services d'hébergement, surtout dans un contexte où les parents vieillissent et ne connaissent pas le sort de leur jeune lorsqu'ils ne pourront plus s'en occuper.

En date d'octobre 2018, 67 personnes avec un DI-TSA étaient en attente d'hébergement et le délai moyen d'attente était de 4 ans.

- Le nombre d'utilisateurs desservis par les programmes 0-7 ans et le programme 8-21 ans pour jeunes avec déficience motrice est croissant. Toutefois, les jeunes avec une déficience du langage étaient plus nombreux (62 %) en attente des services.
- L'accès aux services médicaux et dentaires pour les personnes avec une DI ou TSA est limité. Nous constatons qu'il y a parfois une détérioration de la santé de ces personnes puisqu'ils ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin, particulièrement ceux reliés à la prévention et la promotion de la santé. Souvent les personnes avec DI ou TSA finissent à l'urgence par manque de services médicaux et dentaires.

### **Réalisations – résultats**

- En novembre 2018, notre CIUSSS, en partenariat avec la Fondation Miriam et le Réseau pour la santé du cerveau des enfants a tenu une journée d'échange sur le «Renforcement des collectivités locales» en présence des partenaires publiques, privés et d'organismes communautaires. Les thèmes de la journée étaient reliés à la navigation des systèmes et au soutien mis à la disposition des personnes vivant avec une diversité neurologique et de leur famille. L'excellente contribution de la part des participants nous a menés à une vision commune des difficultés auxquelles les prestataires des services en santé et les familles font face, des atouts existants au sein de notre communauté et à une réflexion sur la façon que nous pouvons, en tant que communauté, arriver à mieux travailler ensemble afin d'améliorer la vie de cette population.
- Dans le cadre de l'Unité de Pratique Intégrée 0-7 ans, nous avons mis en place un projet en partenariat avec la Direction de la première ligne du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île de-Montréal. Plus spécifiquement, le projet porte sur le dépistage des enfants chez qui un retard développemental est soupçonné avant que l'enfant ne soit référé pour une évaluation, ce qui a permis de diminuer le temps d'attente au module d'évaluation TSA de 8 mois à 3 mois. Nous avons également élaboré des groupes conjoints entre les deux directions pour les enfants en attente de diagnostic TSA ou post-diagnostic.

Malgré la longue liste d'attente pour les services en langage pour les enfants, en organisant les services, nous avons réussi à voir 63 clients de plus en 2018-2019, ce qui représente une augmentation de 35 %.

À l'été 2018, les écoles Mackay et Philip E. Layton de la Commission scolaire English-Montréal (CSEM) ont déménagé dans un nouvel édifice doté d'un environnement scolaire ultra moderne. L'équipe du programme réadaptation en milieu scolaire

spécialisé du Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay a également intégré le nouvel édifice et continue à offrir d'excellents services aux élèves avec multi déficiences. La réussite du déménagement des écoles Mackay et Philip E. Layton est due à la grande collaboration entre les deux partenaires, la Commission scolaire English-Montréal et le Centre de réadaptation LethbridgeLayton-Mackay.

- Le projet EquiToît, mis en place depuis septembre 2018, se présente comme une alternative résidentielle aux personnes avec une déficience physique dans un continuum de milieu de vie, en collaboration avec l'organisme à but non lucratif EquiToît ainsi que la SHDM. Ce milieu se veut non institutionnel, rencontrant les objectifs du MSSS de favoriser l'intégration des personnes dans la communauté. Ces appartements adaptés offrent à sept locataires la possibilité d'améliorer leur qualité de vie et de prévenir l'essoufflement à leurs proches aidants.

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal offre une présence 24 / 24, 7 jours par semaine ainsi que des services d'aide aux locataires selon l'évaluation de leurs besoins. Trois locataires ont déjà intégré leur logement et d'ici le mois de septembre, 2019, les autres quatre s'installeront. Ce projet se veut une réponse à l'expression d'un ensemble de besoins identifiés par les personnes avec une déficience physique souhaitant contribuer à la communauté et vivre de manière autonome dans un environnement non institutionnel.

- En novembre 2017, dans le cadre l'Unité de Pratique Intégrée Neurosciences, l'équipe interdisciplinaire spécialisée en réadaptation des personnes avec AVC a débuté les services de congé précoce assisté, où elle offre de la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) au domicile de l'utilisateur 1 à 2 jours post-congé du centre hospitalier général ou du centre hospitalier de réadaptation. Dans la période d'un an, l'équipe a traité 52 patients, appliquant les meilleures pratiques reliées à l'AVC à domicile. En mars 2019, notre projet de recherche sur la télésanté comme moyen de téléadaptation offrant ainsi une partie de la réadaptation à distance, a été choisi comme projet innovateur par le Fonds de soutien à l'innovation en santé et services sociaux. Les retombées de ce projet seront multiples, parmi les plus importantes pour l'utilisateur sont l'amélioration de l'expérience usager en facilitant la communication avec l'utilisateur et sa famille, une meilleure coordination et planification des soins, et la diminution de temps de déplacement des intervenants et, en conséquence, permettant plus de temps d'intervention auprès des usagers.

## **Objectifs 2019-2020**

1. Continuer à améliorer l'accès aux services pour les enfants 0-5 ans ayant un TSA.
2. Continuer à améliorer l'accès aux services pour les enfants ayant une déficience du langage.

3. Développer des modèles d'hébergement et des processus novateur ainsi que revoir la gestion de la liste d'attente des personnes avec DI-TSA afin de mieux répondre à leurs besoins.
4. Continuer le travail de la mise en place des unités de pratique intégrée afin d'améliorer la fluidité des trajectoires de services.
5. Augmenter l'utilisation de la santé numérique afin d'améliorer l'accès et la continuité des services.

### 3.3.5 Santé mentale et dépendance

Cette année a marqué un énorme travail de priorisation des projets en cours à la direction. Le tout a été fait selon des critères spécifiques et sous un angle de l'amélioration continue. Quelques-uns de nos critères ont été de travailler en trajectoire de soins et services, d'amélioration des conditions de santé et bien-être de la population, des alignements selon les directives ministérielles, des processus clinico-administratifs.

#### Défis de l'année

- Manque de clarté des rôles et responsabilités des établissements et les directives MSSS reliés à la Sectorisation des hôpitaux ne sont pas mise à jour suite à la loi 10.
- Accès à l'information dossier électronique multi-sites.

#### Réalisation-résultats

- **Ouverture d'un hôpital de jour :** Module d'activités thérapeutiques intensif ayant pour objectif d'éviter l'hospitalisation et/ou de réduire la durée.

Traitement thérapeutique impliquant différents professionnels pour une durée maximale de 8 semaines.

Approche interdisciplinaire reposant sur les principes cognitivo-comportementaux visant le rétablissement.

- **Projet de restructuration du GASMA et guichet ambulatoire :** La présence accrue des gestionnaires a permis de tenir plusieurs rencontres individuelles et d'équipe résultant en l'amélioration de la performance et du climat de travail. Restructuration du volet triage.

Un plan de formation et support clinique et en cours de validation et d'implantation. Une composante particulière du plan est la mise en place de périodes d'observation dirigées dans plusieurs départements clés tel le service de la jeunesse, l'unité interne, l'urgence psychiatrique et la « screening clinic »

- **Bonification de l'équipe Connexion (itinérance) :** Implantation du Plan stratégique itinérance CIUSSS
- **Collaboration entre l'équipe Santé mentale jeunesse au CLSC de Benny-Farm et l'équipe pédopsychiatrie à l'Hôpital général juif.** En effet, 2 intervenants ont été formés et ont pu ajouter le groupe « Parent Connect » à notre offre de service. Les sessions ont été dirigées conjointement par les deux intervenantes. Le groupe a pris place à l'automne et à l'hiver, respectivement à l'hôpital général juif. et au CLSC de Benny-Farm
- **Transition jeunesse RBC :** Suite à l'obtention de financement de la Royal Bank of Canada (RBC), un programme de transition jeunesse a été ajouté en support aux patient vulnérables suivit dans les cliniques externes de pédopsychiatries et de jeunesse (Youth). Au-delà de 40 personnes ont pu bénéficier du support flexible et adapté d'une psychoéducatrice
- **Bonification de l'équipe SIV-SBNI -** L'équipe est passée de 9 ETC à 19 ETC en 2018-2019
- **UPI 12-25 – Trajectoire générale :** L'équipe innovation a complété un diagnostic Lean en lien avec l'UPI santé mentale 12-25 ans a été complété. Ceci incluait 49 entrevues avec employés, un sondage auprès de la clientèle et une cartographie du processus ainsi qu'une cartographie. Il y a eu trois formations auprès des intervenants sur l'UPI. Il y a trois recommandations qui ont été retenus 1) revoir l'offre de service pour les 12-25 ans, 2) centralisation du guichet d'accès santé mentale jeunesse hybride 3) formation et développement du personnel.

Il y a eu une rencontre de présentation au comité local scolaire.

Il y a eu une rencontre avec un partenaire.

Projet retenue par ETMISS, début de rencontres pour développer la fiche d'orientation

- **Rayonnement sur les réseaux sociaux :** YouTube, Facebook, Instagram et les semaines de la santé mentale.

## Objectifs

- **Avec le support du département des technologies informationnelles, une application mobile pour l'équipe SIM (suivi intensif dans le milieu) est en cours de développement** Le développement d'un Kardex est en cours de développement. Celui-ci

permettra une meilleure communication entre les intervenants puisque toute mise à jour faite par le biais de l'application sera accessible sans délais.

- **Plan de primauté :** Participation à l'implantation d'un plateau de travail à l'HGJ (à venir)  
Intégration d'un pair aidant aux unités internes (en démarrage)
- **Intégration des nouveaux employés :** Mise en place de nouveaux processus et outils pour faciliter l'orientation des nouveaux employés à la DSMD
- **Déploiement d'une équipe SPCD** (Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) en collaboration avec SAPA.
- **Équipe SBNI :** Définir des indicateurs de performance
- **Formation suicide :** Mise à niveau au sein de la DSMD.
- **Dépendance :** Développer l'offre de service.
- **Psychiatrie légale :** Implanter le cadre de référence au niveau CIUSSS
- **PQPTM :** Implanter le Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie au niveau du CIUSSS.

### 3.3.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

#### VOLET HÉBERGEMENT

##### Défis

Pour le dossier des micro-milieus, nous sommes à analyser les besoins de notre clientèle et de revoir les mandats des différentes unités de vie de chacun des centres. Concernant les soins d'hygiène, tous nos centres offrent le 2<sup>e</sup> bain déjà. Les défis demeurent les lieux physiques des salles de bain ainsi que la disponibilité d'équipement adéquat et sécuritaire pour offrir ces bains. En lien avec les ressources humaines, les défis sont toujours importants avec le recrutement et la rétention du personnel. Également, nos niveaux d'assurance salaire sont très élevés.

##### Réalisations et résultats

- **Dossier NSA**  
Afin d'aider les hôpitaux à diminuer le nombre de NSA, nous avons acheté des lits dans différents CHSLD privés non conventionnés à proximité de notre CIUSSS. Ces 150

lits (133 CHSLD et 17 RI), contribuent au désengorgement des hôpitaux. Ce plan transitoire est en place jusqu'en mars 2020.

- **Dossier Main d'oeuvre indépendante (MOI)**

Nous sommes fiers de l'avancement fait dans ce dossier cette année. En 2015-2016 nous avons 4 025 heures en MOI. En 2018-2019, à la même période nous étions à 127,5 heures de MOI.

- **Projet national OPUS-AP**

Les résultats de la phase 1 de ce projet sont encourageants : pour 25 % des résidents de la cohorte, le nombre d'anti-psychotiques a diminué et pour 16,7 % des résidents il a été cessé complètement.

- **Rénovations majeures au CHSLD Henri Bradet**

Durant près de 2 ans, la moitié des résidents d'Henri-Bradet (68) ont été déménagés dans l'unité dédiée à l'hôpital général juif. Les travaux étant complétés, les résidents ont pu réintégrer le centre le 7 avril dernier. L'environnement physique est grandement amélioré pour le bien-être des résidents et personnel.

- **Reconnaissance du personnel**

Nous avons organisé différentes activités de reconnaissance tels que : BBQ, cérémonies de reconnaissance pour année de service, party du temps des fêtes, journée spa, etc.

## **Objectifs**

1. Travailler étroitement avec les RH pour le recrutement de personnel et une meilleure gestion des retours progressifs au travail.
2. Compléter l'implantation du programme de PAB accompagnateurs.
3. Offrir davantage de formation en lien avec comportements agressifs en CHSLD.
4. Travailler davantage avec partenaires (CHSLD privés conventionnés et nonconventionnés).

## **VOLET CLSC**

### **Défis**

Depuis maintenant quelques années, le SAPA-CLSC a vu ses budgets de fonctionnement s'accroître afin que nos équipes soient en mesure d'accroître la réponse aux besoins de notre population en perte d'autonomie. Avec cette croissance, nous avons procédé à l'embauche de plusieurs nouveaux intervenants. Entrant dans une période de pénurie de certains titres d'emplois, nous nous devons et devons continuer à être attractif.

Il est cependant à noter que l'année 2018-2019 a été marquée par de nombreux succès qui a demandé l'implication de tous et qui révèle la force et la solidité de nos équipes sur le terrain !

## **Réalisation et résultats**

- **Atteintes RSIPA**

Cette année, les équipes SAPA-CLSC ont réussi, pour la première fois depuis les dernières années, à atteindre la cible ministérielle de complétion des évaluations de la clientèle (OCCI) et leur plan d'intervention associés (PSIAS) et ce, malgré l'implantation de nouveaux formulaires exhaustifs et l'utilisation de nouvelles technologies.

- **Intensité des services**

Cette année, nos équipes ont dépassé le million d'heures directes de soutien à domicile avec **1 026 118 heures** (un record !) et desservi **9 982 usagers**. Cette augmentation est en ligne directe avec les orientations ministérielles visant à bonifier l'offre de services en Soutien à domicile.

- **Soins palliatifs**

Les équipes de soins palliatifs ont amélioré l'accès aux soins palliatifs à domicile.

- **Nouvelle ressource intermédiaire (RI)**

Nous prévoyons l'ouverture de la RI en juin 2019. Cette ouverture de 96 lits permettra de mieux desservir les usagers de notre territoire.

- **Ligne Aide-Abus-Aînés (LAAA)**

La LAAA a vu augmenter, pour une autre année, le nombre d'appels traités en provenance de la population passant de 5 254 en 2017-2018 à 5 749 en 2018-2019. Il en a été de même avec le nombre d'appels en provenance des professionnels (377 en 2017-2018 à 474 en 2018-2019). Nous sommes à même de constater que la population connaît de plus en plus ce service et que l'équipe qui y est dédiée répond à un réel besoin.

- **Plan Alzheimer**

Depuis que le SAPA-CLSC a pris en main le déploiement du plan Alzheimer, un travail colossal a été entrepris afin de créer la trajectoire Alzheimer de notre établissement, mais aussi de développer le cadre de référence pour l'équipe ambulatoire SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence). Le développement de ces initiatives ont été possibles grâce au travail assidu de différentes directions (DSAPA, DSMD, DSI, Qualité et Innovation). Au courant des prochaines semaines,

l'équipe ambulatoire débutera officiellement son mandat auprès des équipes en SAPA-CLSC afin de les soutenir dans leurs interventions auprès de la clientèle ciblée.

### **Objectifs**

Pour l'année à venir, le SAPA-CLSC devra continuer ses efforts de recrutement compte tenu des nouvelles hausses de budget attendues. De ce fait, il faut s'attendre à une autre année record en termes de temps direct passé auprès de nos usagers en plus d'un accroissement substantiels du nombre de ceux-ci.

Dans un autre ordre d'idées, nous sommes en voie de mettre en place un projet-pilote de télétravail afin bonifier les mesures de conciliation travail-vie personnelle de nos employés.

## **3.3.7 Affaires académiques**

### **Introduction**

La Direction des affaires académiques (DAA) a connu au cours de l'année 2018-2019 une réorganisation de sa structure, matérialisée par un nouvel organigramme qui reflète sa vision stratégique de développement en lien avec la Mission universitaire (MU) de l'établissement. En effet, depuis sa création à l'été 2017, la DAA veille à l'intégration des six volets de la MU, à savoir 1 – la recherche, 2 – le développement des pratiques de pointe, 3 – le transfert et la mobilisation des connaissances, 4 – l'enseignement, 5 – l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS), et 6 – le rayonnement.

### **L'Institut Lady Davis**

L'Institut Lady Davis (ILD) continue à remplir son rôle à titre de chef de file en recherche médicale à l'échelle nationale et internationale.

Le défi d'améliorer le diagnostic et le traitement du cancer :

- Le Centre de protéomique du Centre du cancer Segal, dirigé par le docteur Christoph Borchers, s'est associé au projet financé par l'Université de Victoria et le Centre de protéomique de Génome Canada et Genome BC pour traduire les résultats de la recherche protéomique et métabolomique en nouvelles approches de traitement du cancer. Le Centre du cancer Segal recueillera les échantillons cliniques des patients pour établir des biobanques de tissus humains au nom de ce réseau pancanadien.

Le défi d'élargir l'accès aux essais cliniques :

- Le Centre du cancer Segal, sous la direction du docteur Gerald Batist, est un membre fondateur du Consortium contre le Cancer de Montréal. Bénéficiant de la somme de 6,5 millions de dollars échelonnée sur deux ans en provenance de sources publiques et privées, les instituts membres uniront leurs efforts pour faire de nouvelles découvertes sur le plan de la médecine de précision et pour permettre aux patients de participer davantage aux essais cliniques.
- L'Unité des essais cliniques a mené, dans le cadre de l'étude WINTHER internationale, le premier essai clinique sur le cancer combinant le profilage de l'ARN et de l'ADN pour optimiser le traitement du cancer en stade avancé.

Le défi d'obtenir plus de ressources pour étudier les maladies dégénératives du cerveau :

- L'ILD est devenu la plaque tournante des banques de tissus cérébraux pour le Réseau canadien de banques de cerveaux, la section nationale de l'Initiative internationale sur la neuro-imagerie de la maladie d'Alzheimer (ADNI) qui compile une masse de données exhaustives sur les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Le défi de consolider la recherche sur les cellules souches :

- Grâce à la Fondation de l'HGJ et à la Fondation Azrieli, plus de 2 millions de dollars ont été recueillis pour mettre sur pied le Fonds de recherche du directeur de l'ILD et de la famille Azrieli, fonds qui servira initialement à appuyer et à étendre la recherche dans ce domaine intégrant de la médecine moderne.

Le défi de promouvoir la bio-informatique, pratique consistant à exploiter des métadonnées pour en extraire des associations statistiquement significatives :

- La docteure Celia Greenwood, leader en statistique des sciences de la vie, est directrice scientifique au Centre Ludmer pour la neuro-informatique et la santé mentale, qui a reçu de la Fondation familiale Irving Ludmer 10 millions de dollars pour créer le Consortium international de cartographie cérébrale dont le mandat consiste à accélérer la découverte de solutions innovantes.

Le défi de mener des recherches cliniques qui profiteront aux patients de l'HGJ et d'autres établissements de soins de santé :

- Les résultats d'un important essai clinique randomisé dirigé par le docteur Mark Eisenberg, portant sur l'effet des médicaments de désaccoutumance au tabac sur les patients victimes d'une attaque cardiaque, ont été publiés.
- Les docteurs Melissa Henry et Robin Cohen dirigent une étude clinique sur l'effet des interventions porteuses de sens sur les patientes faisant face à un diagnostic de cancer avancé.
- Par l'entremise de l'International Psychosocial Oncology Society (IPOS), la docteure Henry a participé à des programmes de formation en soins psychosociaux dans des pays où le système de santé est tellement surchargé que cet aspect de l'approche de soins globale du patient est souvent négligé.

Le défi d'adopter de nouvelles technologies pour améliorer l'accès des patients aux ressources numériques :

- Le docteur Brett Thombs est le directeur du Réseau d'intervention centré sur le patient sclérodermique qui a annoncé le lancement d'une plateforme en ligne visant à partager des programmes de soutien aux patients grâce à un réseau de partenaires internationaux. En plus d'aider les personnes souffrant de cette rare maladie auto-immune, cette plateforme servira de modèle pour développer des programmes de gestion des soins axés sur le patient pour d'autres maladies rares.
- La docteure Phyllis Zeklowitz développe une application appelée « Infertilité » qui aidera les hommes à accéder de façon anonyme à l'information sur l'infertilité masculine.

Au cours de l'année à venir, l'ILD entend :

- optimiser l'efficacité et la rentabilité de ses activités en établissant des relations de collaboration à l'échelle locale, nationale et internationale pour composer avec l'environnement de financement précaire actuel;
- progresser vers son objectif de transférer les résultats de la recherche du laboratoire au lit du patient.

### **La recherche psychosociale et de la première ligne**

Sur le plan de la recherche psychosociale et de la première ligne, l'Institut Universitaire en regard des communautés ethnoculturelles - SHERPA a accueilli une nouvelle directrice scientifique, Dr Jill Hanley, professeure à l'école de travail social de l'Université McGill. En 2018-2019, les chercheurs membres réguliers de Sherpa ont été impliqués dans plus de 58 projets actifs, dont 18 nouveaux. En lien avec les activités du Centre affilié universitaire

en gérontologie sociale et de son Centre de recherche (CREGÉS), une des réalisations importantes de l'année 2018-2019 fut le renouvellement par le Fonds de recherche du Québec- Société et Culture (FRQSC) du soutien à l'équipe de recherche partenaire du CIUSSS CODIM : Vieillissements, exclusions sociales et solidarités (VIES) pour sa programmation 2018-2022. Les chercheurs du CREGÉS ont été impliqués dans 41 projets de recherche actifs, dont 20 nouveaux. De plus, partenaire du Pôle universitaire en réadaptation du Montréal Métropolitain (PUR), le CIUSSS a été partie prenante dans plus de 40 projets de recherche actifs.

Sur le plan du transfert des connaissances, et en lien avec l'accès des cliniciens aux données probantes, la DAA a recensé pas moins de 64 000 consultations en ligne et plus de 210 000 consultations de bases de données. A ceci s'ajoute, entre autres, la diffusion d'ateliers ainsi que l'enseignement aux patients qui ont attiré au total près de 180 participants. De plus, via ses services audiovisuels, la DAA a diffusé plus de 1300 visioconférences et 150 sessions de formation clinique, incluant les cours universitaires et autres conférences. Par ailleurs, en lien avec les désignations universitaires de notre établissement, trois colloques d'envergure portant sur l'accompagnement des réfugiés suite aux traumatismes vécus, sur les enjeux de droit et de santé mentale liés à la détention des migrants, ainsi que sur le pouvoir d'agir des aînés, des proches et des intervenants dans le RSSS ont été organisés par l'IU-Sherpa et le CAU-CREGES, et ont attiré au total plus de 700 participants. À ces réalisations, s'ajoutent aussi les activités de mobilisation des connaissances organisées au Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay dans le cadre du partenariat du CIUSSS avec le PUR, ayant rejoint au total 380 cliniciens.

Sur le plan de l'enseignement, l'établissement a accueilli 3485 stagiaires/placements de groupe, toutes disciplines confondues, dont plus de 1465 en enseignement médical (résidents, étudiants en médecine, etc.). En outre, l'établissement a compté en 2018-2019 484 superviseurs de stages non-médical. Dans un esprit d'accompagnement et de soutien des cliniciens en lien avec leur mandat de superviseurs de stage, la DAA a offert à plus de 300 superviseurs de stages plusieurs ateliers et rencontres de communautés de pratique internes, incluant une activité de reconnaissance offerte l'automne 2018 à travers l'invitation d'une chercheuse reconnue au Canada pour ses travaux sur les meilleures pratiques de supervision de stages.

Sur le plan des pratiques de pointe et du rayonnement, le CREGES a poursuivi ses développements dans ses domaines d'expertise, en témoigne le mandat confié par le MSSS à notre CIUSSS pour réaliser un portrait des services et mesures de soutien aux proches-aidants offerts au Québec et ailleurs dans le monde. Il a entrepris la phase 2 du mandat confié par le MSSS pour développer la politique cadre nationale de lutte à la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité afin d'en assurer l'intégration et l'évaluation dans tous les établissements du RSSS. Le CREGÉS a par ailleurs soutenu étroitement le développement de la politique institutionnelle du CIUSSS CODIM en la matière. En outre l'année a été marquée par le lancement du

Programme Participe-Présent visant à promouvoir la participation sociale et la santé mentale des aînés. À l'instar du rayonnement du CAU, l'Institut universitaire en regard des communautés ethnoculturelles-Sherpa a œuvré à l'avancement de ses mandats ministériels, dont la finalisation de trois modules de formation autour d'enjeux d'interventions liés au genre (tels que mariages forcés et violences basées sur l'honneur, excision-infibulation); la diffusion à large échelle de 6 capsules visant à soutenir les parents autour de sujets sensibles comme la guerre et les attentats terroristes, ainsi que le développement d'une plateforme de formation continue sous forme de e-learning visant à outiller les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux dans leurs interventions auprès d'une clientèle immigrante, réfugiée ou issue de l'immigration.

Sur le plan de l'ETMISSS, un nouveau projet, mené en collaboration avec la Direction programme de santé mentale et dépendance, a été lancé sous le titre Unité de pratique intégrée (UPI) pour le continuum de services en santé mentale jeunesse 12-25 ans. Ce projet phare permettra d'évaluer l'efficacité du modèle d'unité de pratique intégrée (UPI) pour la clientèle jeunesse en santé mentale et, en particulier, pour une population diversifiée culturellement.

### **Objectifs pour l'année 2019-2020**

La DAA poursuivra sa mission d'intégration de la MU au sein de l'établissement, la réalisation des mandats ministériels qui ont été confiées au CIUSSS ainsi que la consolidation et le renforcement de ses relations de proximité avec les maisons d'enseignement et autres partenaires dans le domaine de la recherche. L'un des défis de la DAA est entre autres d'attirer davantage de superviseurs de stages et de stagiaires, et de s'assurer de la participation des intervenants aux activités de recherche, de transfert de connaissances et de développement de pratiques de pointe, dans un contexte clinique marqué par des indicateurs de performance exigeants à rencontrer. Par ailleurs, après le succès de la première retraite sur la MU organisée l'automne 2017, la DAA prévoit organiser une seconde retraite l'automne 2019, dans cet esprit de développement continu de la mission universitaire de notre établissement.

### **3.3.8 Ressources informationnelles**

L'équipe des Ressources Informationnelles (RI) doit s'assurer que les travailleurs de la santé aient accès aux applications et aux données dont ils ont besoin afin de fournir des soins de qualité aux clients du CIUSSS. Que ce soit pour consulter, modifier ou partager l'information clinique et administrative, une gestion efficace des infrastructures technologiques (serveurs, stockage, réseautique, téléphonie et postes de travail fixes et mobiles), des applications (incluant leurs données) et des projets permet d'assurer la disponibilité, la qualité et la sécurité des services offerts au CIUSSS. En 2018-2019, nous avons donc poursuivi les activités initiées l'année précédente afin de réaliser notre plan stratégique quinquennale d'intégration, d'optimisation et de consolidation de nos actifs

informationnels permettant de mettre en place un véritable corridor de services au sein du CIUSSS.

Afin de supporter notre mission, plusieurs projets ont été réalisés. Parmi les plus importants ayant une incidence réelle sur l'amélioration de la qualité des soins de santé et des services sociaux pour les patients, résidents ou les clients, mentionnons :

- Le déploiement de 275 ordinateurs portables au personnel clinique effectuant des visites à domicile aux patients en perte d'autonomie afin de leur donner accès à tous nos systèmes d'information et leur permettre de procéder aux évaluations du niveau d'autonomie de la personne et de son besoin en soins et services.
- L'utilisation d'un dossier médical électronique par les médecins du GMF Cavendish.
- Le plan de renumérotation permettant à la population de rejoindre l'ensemble des services et des sites Cavendish à partir d'un numéro de téléphone unique.
- L'amélioration des processus de suivis cliniques par le déploiement des formulaires électroniques Centro dans les services médecine interne, urgence et gériatrie.
- L'accès #Telus permettant à l'ensemble des patients de l'hôpital général juif de Montréal d'accéder gratuitement à l'Internet sans-fil.

L'équipe des Ressources informationnelles a également participé à plusieurs projets organisationnels tels que la vaccination antigrippale de masse, l'ouverture de l'offre de services au English Montreal School Board (EMSB), l'infrastructure TI du Centre d'hébergement Henri-Bradet. D'autres projets de 2018-2019 sont actuellement en cours de déploiement:

- GespharxLite aux infirmières de tous les départements de l'HGJ qui administrent des médicaments aux patients.
- Système de contrôle des infections afin de permettre une analyse en temps réel et une amélioration de la gestion des maladies nosocomiales.
- eRendezVous pour l'unification des systèmes de prise de rendez-vous dans les cliniques externes, des systèmes de pharmacie, des systèmes de radiologie et de certains index patients.
- Accès au registre de vaccination provincial à tous les vaccinateurs de nos centres d'hébergement et de nos hôpitaux.

L'équipe des Ressources Informationnelles désire être un partenaire actif et efficace. Pour ce faire, nous avons débuté la réorganisation de notre structure de gestion et la mise en place de processus (de façons de faire) mieux adaptées aux besoins de notre CIUSSS. Ce travail se poursuivra en 2019-2020.

### **3.3.9 Services techniques**

Comme les années précédentes, l'année 2018-2019 aura été mouvementée et pleine de rebondissements.

**Les défis :** Pallier au manque d'espace, adresser la sécurité, la vétusté et la fonctionnalité des installations physiques du CIUSSS. Les stratégies de réalisation et de financement sont aussi évidemment des éléments critiques à mettre dans l'équation de nos projets.

## **Nos réalisations**

- **À l'Hôpital général juif**

### **Unités de soins**

- Lancement de la phase 4 du pavillon K : Projet majeur de 200M\$ visant au réaménagement des espaces existants de l'HGJ sur un horizon de 7 ans;
- Ouverture de l'unité de psychiatrie de jour au 6<sup>ième</sup> B; ○ Ouverture d'un centre de pré dialyse (HGJ – Sous sol C); ○ Ouverture de la nouvelle salle de radiologie générale;
- Livraison du nouveau centre du département informatique au 5<sup>ième</sup> B; ○ Livraison du département des affaires juridiques.

**Sécurité** ○ Installation du système de boutons panique (site Guimont à Laval)

**Environnement** ○ Lancement d'un projet d'efficacité énergétique en mode ESE (tout le CIUSSS) pour plus de 18M\$

### **Optimisation**

- Mise en place d'un système automatisé de gestion des uniformes au bloc opératoire contrôlé via la technologie RFID.

- **Dans le reste du CIUSSS**

- Lancement du nouveau CHSLD Henri Bradet pour 100 nouveau lits (sur 3 ans);
- Lancement du projet de construction d'un nouveau pavillon pour le groupe de PRAIDA (sur 3 ans); ○ Projet majeur de réaménagement des espaces existants du site d'Henri-Bradet complété en mai 2019;
- Lancement de la construction du nouveau pavillon au centre Miriam/Guimont à Laval ;
- Réfection majeure de l'enveloppe de briques à Richardson; ○ remplacement de la toiture principale à Maimonides.

**Objectifs :** Augmenter la sécurité des patients et du personnel tout en leur prodiguant des espaces modernes, agréables et fonctionnels. Ces objectifs se font de concert avec une approche environnementale autant en efficacité énergétique que du point de vue de la gestion des matières résiduelles.

Par ailleurs l'année à venir se dessine déjà avec d'autres projets qui prennent forme dont ceux-ci dessous :

- Projet majeur : Construction d'une nouvelle unité de psychiatrie interne au 3<sup>ième</sup> B sur plus de 28 000 pi<sup>2</sup>;
- Construction du nouveau laboratoire Vasculaire (HGJ – B2);
- Réaménagement majeur du 2<sup>ième</sup> B pour directions administratives et recherche (HGJ-B2);
- Réaménagement majeur des zones d'entretien ménager (HGJ – Sous sol C);
- Construction d'une nouvelle unité du contrôle des infections (HGJ-2<sup>ième</sup> B G)
- Réaménagement de la phase II du département de gériatrie (HGJ- sous sol pav E);
- Modernisation majeure de la salle et du système de contrôle HVAC (HGJ Sous sol D);
- Modernisation des réservoirs d'huile (Maimonides);
- Modernisation des systèmes de production d'eau chaude (HGJ);
- Projet de salles de bains le site de Catherine B, (CBH) dont la première phase a déjà été lancé !

Donc plusieurs projets en perspective, mais un seul objectif, l'amélioration de l'expérience patient.

### **3.3.10 Achats et Logistique**

Poursuivant sur sa lancée, la Direction de la logistique a connu une année productive et compte de nombreuses réalisations qui s'inscrivent dans le cadre de sa vision de permettre aux aidants de se dévouer pleinement à leurs patients.

La Direction de la logistique a appuyé les équipes cliniques du CIUSSS et, avec l'aide de l'équipe de Prévention et contrôle des infections, a atteint 80 % de son objectif de normalisation des produits médicaux à l'échelle du réseau, réalisation qui mène à trois avantages clés. Premièrement, les cliniciens disposent de produits de plus grande qualité qui offrent les meilleurs résultats aux patients. Deuxièmement, la pratique d'utilisation normalisée des produits permet de réduire la variabilité dans la qualité des soins à l'échelle du CIUSSS. Enfin, le volume d'achat accru du même produit s'est traduit par des économies de coûts.

D'autre part, ce travail de normalisation a également aidé le CIUSSS à accroître son taux de participation au groupe d'approvisionnement en commun, notamment Sigma Santé, en lien avec l'objectif établi par le Ministère à l'effet que 60 % des biens et services requis par le réseau devraient faire l'objet d'achats groupés. Plus d'efforts sont requis pour atteindre cette cible.

En ce qui concerne le volet logistique du mandat de la Direction, l'équipe a terminé, dans le cadre d'un projet pilote, l'installation de distributrices médicales intégrées (DMI) au Centre académique de santé de l'œil, au bloc opératoire et au laboratoire de cathétérisme cardiaque. Les résultats ont été présentés au Comité national en logistique et approvisionnement (CNLA) à Québec.

Plusieurs améliorations découlant de ce projet méritent d'être soulignées. Premièrement, un investissement minime en heures de travail logistique a permis de réaffecter un nombre significatif d'heures cliniques aux soins des patients. Deuxièmement, après un rappel d'un modèle de stimulateur cardiaque, l'équipe de la logistique a pu fournir la liste des patients touchés seulement 12 minutes après réception de l'avis de rappel. Cette tâche exige normalement beaucoup de travail, habituellement assumé par le personnel clinique. Enfin, des économies de coûts ont été réalisées en raison de la gestion améliorée des articles en consignment et de leurs fournisseurs. Le CIUSSS a pu aussi recouvrer les pertes occasionnées par les erreurs de facture des fournisseurs.

Par ailleurs, la Direction de la logistique a consolidé sa présence au sein de l'hôpital cette année en prenant en charge la gestion complète des besoins d'approvisionnement du service d'urgence, du laboratoire de cathétérisme et de l'unité des naissances. Nous entendons poursuivre notre expansion au cours de l'année à venir en assumant cette responsabilité pour les unités de néonatalogie et de soins intensifs. Ce changement a également eu l'avantage de libérer le personnel clinique de tâches administratives, de réduire le coût des stocks en inventaire et de diminuer la quantité de matières expirées ou perdues.

Pour conclure, la Direction a terminé, avant la date limite de janvier 2020 fixée par le Ministère, l'implantation de l'échange informatisé de données pour la gestion des ressources matérielles (commandes et confirmation des transactions) pour tous les fournisseurs ayant intégré cette solution. L'implantation EDI continuera à être faite au fur et à mesure que de nouveaux fournisseurs se doteront de cette capacité ou adhéreront au marché.

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

Encore cette année, le président directeur général le Dr Rosenberg a signé une entente de gestion et d'imputabilité (EGI) avec le MSSS. Les résultats au regard de l'atteinte des cibles sont régulièrement partagés avec les gestionnaires et le Conseil d'administration.

Le chapitre III de l'EGI porte sur les attentes spécifiques du MSSS. Il s'agit essentiellement de procéder à la mise en œuvre de différents éléments de la gouvernance et de la gestion du CIUSSS. De plus, des modalités d'amélioration de l'offre de services sont précisées.

La consultation du bilan du chapitre III ici présenté nous indique que l'ensemble des attentes ont été réalisées. Celles-ci portent sur quinze démarches touchant tant le contrôle et la prévention des infections, que l'accès aux services pour les usagers avec troubles du spectre de l'autisme (TSA), des problèmes d'itinérance et de santé mentale. Des plans de gestion ont aussi été mis en œuvre en matière de sécurité civile, de maintien des actifs immobiliers et le respect des cibles pour les usagers avec niveau de soins alternatifs (NSA).

EGI 2018-2019 – FICHES DE REDDITION DE COMPTES DES ATTENTES SPÉCIFIQUES DU CHAPITRE III

Nom de l'établissement : **6.2 CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

Responsable EGI : **ANNE LEMAY**

Date de la déclaration de fiabilité du PDG : \_\_\_\_\_

**CONSIGNES - FICHES POUR LE BILAN DE FIN D'ANNÉE**

Les fiches pour le bilan de fin d'année sont maintenant présentées en un seul tableau. Il est possible de copier et partager le tableau pour interagir avec vos répondants de sections. Néanmoins, vous devez compiler les résultats dans un seul onglet avant de le retourner complété à l'adresse de courriel suivante : « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » au plus tard le vendredi 14 juin 2019. **La signature de la ou du PDG sur la feuille de déclaration de fiabilité est obligatoire.** La résolution du conseil d'administration de l'établissement n'est pas requise.

INFORMATIONS		ATTENTE SPÉCIFIQUE			ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES	
SECTION	N° DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	FORMAT		RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %		
SANTÉ PUBLIQUE	02.1	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 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 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 PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG.</p> <p>Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.</p>	Formulaire GESTRED n°10516 à la période 13.	R						
	03.1	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 MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	Gabarit produit par le MSSS à retourner pour le 31 mai 2019.	R						
	03.2	Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	Formulaire GESTRED n°31600 aux périodes 6, 10 et 13.	R						

SERVICES SOCIAUX

03.3	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>	<p>Plan de travail (Word) produit selon les attentes énoncées au sein de la Stratégie à remettre le 30 juin 2018. Formulaire GESTRED n°10412 aux périodes 6, 10 et 13.</p>	R						
			<p>Plan de travail (Word) produit selon les attentes énoncées au sein de la Stratégie à remettre le 30 juin 2018. Formulaire GESTRED n°10412 aux périodes 6, 10 et 13.</p>	R						
	03.5	Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.5)	<p>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.</p>	<p>Gabarit produit par le MSSS (fichier Excel utilisé en 2017-2018) pour l'état des résultats à retourner aux périodes 6, 10 et 13.</p>	R					
				<p>Gabarit produit par le MSSS pour l'état de mise en œuvre à retourner aux périodes 6 et 13.</p>						
				<p>Gabarit produit par le MSSS (fichier Excel utilisé en 2017-2018) pour l'état des résultats à retourner aux périodes 6, 10 et 13.</p>	R					
				<p>Gabarit produit par le MSSS pour l'état de mise en œuvre à retourner aux périodes 6 et 13.</p>						

	03.7	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.	Gabarit produit par le MSSS à retourner aux périodes 3, 5, 8 et 13.	R						
SERVICES DE PROXIMITÉ, URGENCES ET PRÉHOSPITALIER	04.1	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 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	Gabarit produit par le MSSS à retourner le 31 mai 2019.	R						
	04.2	État d'avancement sur le 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 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.	Gabarit produit par le MSSS à retourner le 30 avril 2019.	R						
	04.3	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.	Gabarit produit par le MSSS à retourner à la période 13.	R						
FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET	07.1	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 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 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.	Système Actifs + Réseau	R						

COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE	08.2	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>	Formulaire GESTRED n° 9083 à la période 13.	R						
	08.3	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>	Formulaire GESTRED n° 9084 aux périodes 6 et 13.	R						
PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ	09.1	Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes 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>	Plan d'action produit par les établissements à remettre au plus tard le 31 mars 2019. Fiche de reddition à transmettre avec le Plan d'action.	R						

## Reddition de comptes des ententes des gestion et d'imputabilité

### CONSIGNES GÉNÉRALES

Afin d'alléger le processus de reddition de comptes, les tableaux du chapitre IV, ainsi que l'information qu'ils contiennent, seront les mêmes que ceux demandés pour le rapport annuel de gestion (RAG) de l'établissement (voir circulaire RAG).

Tel que le prévoit la loi, le RAG est rendu public et déposé à l'Assemblée nationale par le ministre. Conséquemment, l'information présentée doit être rédigée dans un langage compréhensible pour la population et les parlementaires (exemples : éviter les références administratives comme « P13 », les noms ou les coordonnées personnelles).

Notez que la déclaration de fiabilité n'est plus obligatoire pour la reddition de compte des EGI. En effet, une telle déclaration accompagne déjà le rapport annuel de gestion de l'établissement et couvre notamment les résultats des EGI (voir circulaire RAG).

Les fiches doivent être retournées dans un seul fichier Word (PDF en ajout), à l'adresse de courriel suivante : « [ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca](mailto:ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca) » au plus tard le 14 juin 2019.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous à l'adresse mentionnée ci-dessus.

### CHAPITRE IV : LES ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT

Les tableaux de reddition de comptes de cette section concernent les indicateurs inscrits dans l'EGI 2018-2019, soit ceux de la planification stratégique du MSSS 2015-2020 (PS du MSSS 2015-2020), ainsi que les indicateurs des EGI (EG2) qui mesurent d'autres activités significatives du réseau.

#### Consignes pour compléter le tableau

Les consignes pour compléter les tableaux sont les mêmes que celles qui se retrouvent dans la circulaire pour la production des rapports annuels de gestion (RAG). Vous pouvez donc utiliser les mêmes tableaux.

0. Les tableaux doivent être présentés selon les divisions thématiques présentées dans le chapitre IV de l'EGI.
1. Tous les engagements convenus avec le ministre doivent être présentés.

- Les engagements sont ceux inscrits dans l’EGI. Si l’établissement n’avait pas d’engagement pour un indicateur, nous demandons :
    1. de ne pas supprimer la ligne du tableau pour cet indicateur ;
    2. d’inscrire N/A;
    3. toutefois, cet indicateur ne devra pas être présenté dans le RAG puisque celui-ci ne doit rendre compte que des engagements de l’établissement.
  - Pour les indicateurs ayant fait l’objet d’un addenda, la valeur à inscrire est celle de l’engagement convenu dans l’addenda.
  - Si un engagement est retiré au cours de l’année, veuillez inscrire : « Cet engagement a été retiré par le MSSS ».
2. Les résultats à inscrire sont les valeurs disponibles à la date du gel du portail de TBIG concernant le suivi des indicateurs des EGI. Normalement, le gel des données a lieu au début juin. La date du gel de TBIG vous sera confirmée dans un bulletin EGI.
  3. La légende de couleur doit être utilisée afin d’illustrer l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement.
  4. Dans la colonne **Commentaires** vous devez **obligatoirement** identifier :
    - a. les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;
    - b. l’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles;
    - c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.

*Tableau : Résultats des engagements annuels de l’entente de gestion et d’imputabilité*

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Exemple</b>				
Indicateur 1		<i>Exemple : 90</i>	75	100
Indicateur 2		<i>Exemple : 205</i>	210	400

### **Commentaires**

- a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;
- b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;
- c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.

### **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 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<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	55.6	n/a	90.48	n/a
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90.0	n/a	91.2	n/a
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	72.7	n/a	77.5	n/a
<b>Plan stratégique</b> 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	1215	n/a	1668	n/a
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	63.7	n/a	64.0	n/a

## Commentaires

- a. **Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser sont atteintes.**

Plusieurs mesures ont été prises : projet entretien motivationnel (EMMIE); partage des meilleures pratiques (comité régional); Plage horaires bloquées/réservées pour prioriser les bébés de 2 mois et 12 mois; projet de recherche VPH avec DRSP, projet sur l'organisation des services de vaccination avec la DRSP et soutenu par l'INSPQ.

- b. **L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles.**

1.01.13 : Amélioration de 35%.

1.01.27 : Amélioration de 1%. Certaines actions ont été mise en place, voir point a)

1.01.28 : Amélioration de 5%. Certaines actions ont été mise en place, voir point a)

1.01.29 : Augmentation de 37% du nombre d'activités. Nous avons augmenté la présence infirmière dans les écoles secondaires et maintenant il y a un dépistage ITSS dans toutes nos écoles secondaires publiques.

1.01.30 : Stable Certaines actions ont été mise en place, voir point a)

- c. **Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.**

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><u>Plan stratégique</u></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 Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission classe CHSGS)	100.0	100.0	100.0	100.0
<b><u>Plan stratégique</u></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 Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission classe CHSGS)	100.0	100.0	100.0	100.0

<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)	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Plan stratégique</b> 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	77.7	80.0	77.8	80.0
<b>Commentaires</b> a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou l'écart par rapport à la cible sont les suivants : 1.01.26 : Des efforts continus ont été déployés (CHSLD) et réadaptés à l'HGJ. b. l'appréciation du résultat est positive lorsque les données sont disponibles; c. le cas échéant, les mesures correctrices sont mises en place pour favoriser son atteinte;	Des efforts continus ont été déployés (CHSLD) et réadaptés à l'HGJ.	Des efforts continus ont été déployés (CHSLD) et réadaptés à l'HGJ.	Des efforts continus ont été déployés (CHSLD) et réadaptés à l'HGJ.	Des efforts continus ont été déployés (CHSLD) et réadaptés à l'HGJ.

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	88.2	90.0	90.3 (résultat P12)	90
<b>Commentaires</b>				
<p>a. <b>Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser sont atteintes.</b> L'engagement pour cet indicateur a été atteint.</p> <p>b. <b>L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles.</b> Même si l'année se termine avec une augmentation substantielle (près de 30%) du nombre d'appels reçus et répondus, nous avons été en mesure d'améliorer notre résultat.</p> <p>c. <b>Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.</b> Étant donnée une panne de serveur au service régional, les résultats P13 ne sont pas disponibles.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<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	972465	1002335	1026118	1076013

<b>Plan stratégique</b> 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmesservices SAPA, DP et DI-TSA)	6348	6394	6769	7000
<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-services SAPA, DP et DI-TSA)	86.2	90.0	90.3	90.0
<b>1.03.14-EG2</b> Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	Cet engagement a été retiré par le MSSS			
<b>1.03.15-EG2</b> Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISOSMAF de 4 à 14	Cet engagement a été retiré par le MSSS			
<b>Commentaires</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;</li> <li>b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;</li> <li>c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.</li> </ul> <p style="color: blue; text-align: center;">Cibles atteintes dans l'ensemble dû à un travail d'équipe sans égal.</p>				



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	100.0	100.0	100.0	100.0
<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	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Plan stratégique</b> 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100.0	100.0	100.0	100.0
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISOSMAF de 10 à 14	73.5 (Résultat CCOMTL + Vigi Reine-Elizabeth, St.Georges et Vigi Mont-Royal)  70.9 (Résultat CCOMTL)	80.0	70.2 (Résultat CCOMTL + Vigi Reine-Elizabeth, St.Georges et Vigi Mont-Royal)  65.6 (Résultat CCOMTL)	80.0

**Commentaires**

- a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;
- b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;
- c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.

**1.03.07-01-PS**

Cible atteinte encore cette année

**1.03.07-01-PS**

Cible atteinte encore cette année

**1.03.10**

- a. Travail concerté à l'interne et avec nos partenaires

**1.03.13**

- a. La cible n'est pas atteinte car plusieurs clients de profil 9 et moins sont dirigés vers les CHSLD à défaut d'avoir suffisamment de lits RI sur le territoire. Si l'on retirait le CHSLD Henri-Bradet du pourcentage (CHSLD considéré comme modéré), les résultats se rapprocheraient davantage de la cible de 80%.
- b. Les résultats des 2 dernières années sont similaires. Aucune place RI développée dans la dernière année.
- c. L'ouverture de la RI sur la rue Jean-Talon à l'automne 2019 (96 places) aidera à diriger les clients de profil 9 et moins vers les bonnes ressources. Nous devrions atteindre ou se rapprocher grandement de la cible l'année prochaine.

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	323.5	130.0	260.3	130
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	88.4	95.0	93.8	95
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	95.3	97.3	93.6	97

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	83.1	95.4	83.1	95
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les	25.9	90.0	25.3	90
personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS				
<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	n/a	70.0	53.3 (Résultat P6)	75
<b>Commentaires</b>				
a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de la cible; place pour favoriser son atteinte;				correctrices mises en place
b. l'appréciation de l'évolution du résultat lorsque les données sont disponibles;				de l'année précédente, doit être indiquée
c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de mesure; y a-t-il des correctrices mises en place pour résoudre les problèmes?				de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices mises en place
1.05.15-PS, 1.45.04.05-EG2, 1.45.05.01-EG2, 1.45.05.05-EG2, <b>Plan stratégique</b>				
Nous avons mis en place un nouveau mécanisme d'aiguillage				et une trajectoire plus performante pour la

clientèle TSA et DI	visant à diminuer	nifiquement cess.	Nous sommes	nts de voir des
améliorations impo	sig	délai	confia	èle de déficience
physique nous som	tantes en 2019-202	D tant pour le volet	C que CR. Pour la	élioration, nous
sommes confiants	202	CLS	lien	
	mes très près	atteint la cible. En	suivant notre plan	
	d'avo	pou	d'a	
	d'atteindre la	en 2019-2020.		
	cible d			

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>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;</li> <li>b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;</li> <li>c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.</li> </ul>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<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	66.7	75.0	66.7	90.0
<b>Commentaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;</li> <li>b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;</li> <li>c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.</li> </ul> <p>1.07.06 PS : Nous n'avons pas d'entente formelle avec les deux centres de réadaptation en dépendance présent sur notre territoire, soit les centres Dollard-Cormier et Foster. Toutefois, nous prévoyons signer une entente avec le CIUSSS Centre-Sud pour l'année 2019-2020.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Santé mentale</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	288	324	360	399
<b>Plan stratégique</b> 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	171	220	180	180

**Commentaires**

- d. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;
- e. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;
- a. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.

**SIM** : En 2018-2019, notre CIUSSS a déployé 20 ETC (180 places). Une 3e équipe SIM de 6 ETC (54 places) a été déployée sur le territoire géographique du CIUSSS CCOMTL en collaboration et sous la responsabilité du CUSM, ce qui conjointement nous permet de dépasser notre cible. Les données du CUSM sont transmises à l'aide du formulaire GESTRED 10333 – Personnes atteintes de troubles mentaux graves.

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	11.75	10.5	12.11	10.0
<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	71.7	80.0	65.3	90.0

<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	67.9	80.0	62.5	90.0
<b>Commentaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;</li> <li>b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;</li> <li>c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.</li> </ul> <p>1.09.01-PS : L'urgence de l'Hôpital général juif est de loin la plus achalandée du Québec et connaît d'année en année un accroissement important du nombre de visites. Nous avons donc mis des efforts très importants pour améliorer nos processus et gérer la durée de séjour sur civière afin d'absorber cet ajout de clientèle : : comité de gestion du flot de patients, équipe gérant quotidiennement les NSA, embauche d'une gestionnaire des lits, congé précoce en réadaptation, utilisation d'outils de pertinence (Patient Order Set), surveillance des délais de réponse des médecins consultants etc...Grâce à tous ces efforts, nous réussissons à avoir une durée de séjour près de la cible et meilleure que celle de plusieurs établissements comparables.</p> <p>1.09.43-PS, 1.09.44-PS Compte tenu de l'achalandage important, il nous est très difficile de maintenir une performance très élevée à l'égard des délais de prise en charge de la clientèle ambulatoire. Par contre, les mesures mises en place tel que la redirection des patients triés 4 et 5 ont permis de contrôler jusqu'à un certain point la situation. Nous maintenons nos efforts pour contrôler ces délais.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<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	577	725	659	725

<p><b>Plan stratégique</b> 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie</p>	32	49	<p>49 (Résultat portail SID inclu 17 lits du CUSM)</p> <p>32 (Résultat CCOMTL)</p>	44
<p><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</p>	38.7	41	35.1	34
<p><b>Commentaires</b></p> <p>a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;</p> <p>b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;</p> <p>c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.</p> <p><b>1.09.05 &amp; 1.09.46</b></p> <p>a. Révision de la façon de coder nos profils d'intervention et pour le pourcentage de décès à domicile. La donnée de l'année dernière est erronée. Notre taux de 35.1% est plus élevé que la cible ministérielle pour l'ensemble des établissements. Nous avons donc ajusté la cible à celle de l'ensemble de la province. b.</p> <p>c. Révision de la compréhension de la donnée de 2017-2018 et ajustement en 2018-2019.</p> <p><b>1.09.45</b></p> <p>a. Selon les données que nous avons, les lits du CUSM sont attribués au CCOMTL. Dans ce contexte, la cible est donc atteinte.</p> <p>b. Nous sommes présentement à planifier l'agrément pour la maison de soins palliatif Saint-Raphaël qui prévoit ouvrir 12 lits en septembre 2019 sur le territoire d du CCOMTL</p>				

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 GMF	15	16	16	16
<b>Plan stratégique</b> 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	64.4	85.0	65.6	85
<b>Plan stratégique</b> 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	5	5	6	6
<p><b>Commentaires</b></p> <p>a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;</p> <p>b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;</p> <p>c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.</p> <p><b>a. Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser sont atteintes.</b> 1.09.25 / 1.09.48 L'engagement pour le nombre de GMF et de GMF-R a été respecté.</p> <p>1.09.27 Au 31 mars 2019, le taux d'inscription notre population était de 65.4%. Toutefois, les médecins ont une prise en charge totale de 459 294 patients, ce qui correspond à 141,8% de la population locale. En un an, le nombre de patients orphelins de priorités A ou B a été réduit de 77%. De plus, 85% des patients restants ont été assignés auprès d'un médecin.</p> <p>Diverses mesures en place pour favoriser l'inscription : Journées Blitz, LE 321, Ententes particulières, Références complémentaires CUSM_GAMF. Il y a aussi un comité conjoint CML (coordonnateurs médicaux locaux) avec l'équipe GAMF qui se réunit chaque 6 semaine pour faire le suivi de l'évolution des inscriptions sur le territoire.</p> <p><b>b. L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles.</b> 1.09.27 Le taux d'inscription a augmenté de 1%. Alors que les médecins du territoire ont inscrit 41 754 patients durant l'année, la population inscrite de notre territoire a augmenté de seulement 3 813. Ce qui veut dire que pour chaque résident de notre territoire qui a été inscrit auprès d'un médecin, les médecins du territoire ont inscrit 10 patients provenant d'autres territoires.</p> <p><b>c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.</b></p>				

1.09.27 La majorité de nos GMF sont répartis à la périphérie de notre territoire, facilitant ainsi l'inscription de patients hors territoire.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Chirurgie</b>				
<b><u>Plan stratégique</u></b>				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	18 (Résultat CCOMTL)  (JGH = 0, Shriners = 18)	0	24 (Résultat CCOMTL)  (JGH = 0, Shriners = 24)	0

**Commentaires**

- a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;
- b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;
- c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.

**1.09.32.00-PS : Comme déjà mentionné, le CIUSSS CCOMTL n'est pas responsable de l'Hôpital Shriners. Notre résultat est donc 0. Nous avons atteint la cible.**

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)	50.3	90.0	49.2	90.0

1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	81.6	100	84.7	100
<p><b>Commentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;</li> <li>b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;</li> <li>c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.</li> </ul> <p><b>Comme démontré dans la littérature les chirurgies de la prostate et de la thyroïde ont un délai acceptable supérieur aux cibles identifiées ci-haut.</b></p> <p><b>Si nous enlevons ces 2 types de chirurgies nos résultats se situent :</b></p> <p><b>Inférieur ou égal à 28 jours : 61%</b>  <b>Inférieur ou égal à 56 jours : 93.6%</b></p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<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	91.0	88.4	96.7	96.0
<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	100	100	100	100.0
<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/d	n/a	89.5	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	98.6	100	100	100.0
<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	74.6	87.0	90.5	100.0
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en	n/d	n/a	93.3	n/a
attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires				

<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	86.6	87.0	97.2	95.0
<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	96.0	95.0	96.9	98.0
<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	93.6	97.0	99.0	99.0
<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)	84.7	85.0	100.0	95.0
<b>Commentaires</b> a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou l'absence pour favoriser son atteinte; b. l'appréciation de l'évolution du résultat lorsque les données sont disponibles; c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la mesure y a lieu, les mesures correctrices mises en œuvre; l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles; le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices mises en œuvre pour corriger la situation.				
<b>Cibles atteintes</b>				

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	90.0	100	100	100
<p><b>Commentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;</li> <li>b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;</li> <li>c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.</li> </ul> <p>2.02.02-EG2 Nous avons atteint cette cible et poursuivons le maintien de nos efforts a cet effet.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<b>Ressources humaines</b>				
<b>Plan stratégique</b> 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	5.54	4.30	5.62	5.5
<b>Plan stratégique</b> 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3.16	2.18	3.36	3.5
<b>Plan stratégique</b> 3.06.00-PS Taux de recours à la main d'œuvre indépendante	6.50	4.60	6.51	6

## Commentaires

- a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;
- b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;
- c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.

### 3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire :

-Engagement non atteint

Nous notons une légère augmentation par rapport aux résultats de 2017-2018. Tout de même, le CIUSSS CentreOuest est l'établissement le plus performant de la province avec un taux de 5,54 à la P6 de 2018-2019. La moyenne de l'ensemble du Québec se situe à 7,60 pour la même période, soit un écart significatif de 2,06.

Au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, la santé, sécurité et mieux-être au travail est une priorité organisationnelle. Le plan d'action prévention santé sécurité et mieux-être au travail (SSMET) adopté en novembre 2016 est en cours d'actualisation. Plusieurs volets du plan d'action SSMET connaissent des avancées importantes :

- Subvention du MSSS reçue pour un projet en prévention des TMS et formations régulières en PDSB
- Formations sur la civilité et la prévention du harcèlement et de la violence au travail
- Projet de médiation en collaboration de l'IMAQ, subventionné par le Ministère de la justice, comportant notamment la formation d'une équipe de 12 à 15 conciliateurs/médiateurs composée d'employés de divers titres d'emploi, dont un médecin, et de divers directions pour accompagner les équipes dans la résolution de conflits
- Subvention du MSSS reçue pour un projet en prévention des agressions et plans d'action ciblant les milieux de travail à haut risque
- Programme d'engagement et de reconnaissance des employés :
  - o Organisation ce printemps d'événements de reconnaissance pour souligner les années de service des employés et les retraités dans l'ensemble du CIUSSS
  - o Campagne de communication sur le défi-santé destiné au personnel
- Création d'un fonds par la Fondation de l'hôpital général juif en appui à des initiatives visant à promouvoir la santé mentale et le bien-être du personnel du CIUSSS, suite à la participation d'une équipe d'employé à l'événement Corps + Âme visant à amasser des fonds en soutien aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale.

- Mise sur pied du programme « Stigma Zéro » pour la santé mentale (financé par le fonds mentionné précédemment) offrant une formation en ligne pour le personnel et les gestionnaires sur comment reconnaître les signes précurseurs d'une détresse psychologique et comment soutenir et déstigmatiser la maladie mentale. Des activités tel que cours de méditation, cours de Yoga, Pilates, Zumba sont également disponibles sur inscription sur différents sites.
- Partenariat entre la direction des ressources humaines et la direction des soins infirmiers pour la mise en place des conditions favorables au maintien au travail et au prompt retour au travail après une absence et ce, afin d'assurer la continuité des soins et des services. Cette approche favorise la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre.

L'équipe de soutien à l'amélioration en prévention créée dans le cadre du projet Virage prévention a commencé l'accompagnement et le soutien de services et départements dans l'amélioration de la présence au travail et le développement et maintien d'un environnement de travail sain, selon une priorité établie en fonction des indicateurs. Il faudra un certain temps avant de voir les retombées positives des mesures mises en place pour améliorer nos résultats en matière de présence au travail.

### 3.05. 02-PS Taux d'heures supplémentaires :

-Engagement non atteint

Nous notons une légère augmentation par rapport aux résultats de 2017-2018. Le CIUSSS Centre-Ouest est l'un des établissements les plus performants de la province avec un taux de 3,44 à la P6 de 2018-2019. La moyenne de l'ensemble du Québec se situe à 4,55 pour la même période, soit un écart significatif de 1,11.

Afin d'améliorer notre performance, la DRHCAJ travaille étroitement avec toutes les directions et programmes, notamment par l'actualisation d'un plan d'action pour adresser la problématique entourant l'utilisation d'heures supplémentaires et de la MOI. Parmi les mécanismes ciblés, il y a la création de postes d'équipe volante, des garanties d'heures pour les employés sur la liste de rappel durant des périodes cruciales de l'année, une meilleure planification des effectifs et une amélioration du taux de postes comblés. Le secteur Recrutement/dotation interne a récemment revu son organisation de travail de manière à créer une approche d'équipe plus polyvalente pouvant répondre aux besoins urgents d'un modèle de soins et services en évolution rapide combiné à l'utilisation d'outils informatisés de gestion des requêtes de personnel et d'administration des tests de sélection permettant de réduire les délais. De plus, plusieurs activités de recrutement ont eu lieu dont des foires et blitz de recrutement grâce auxquelles nous notons déjà des résultats positifs. Le CIUSSS a été nommé cette année parmi les meilleurs employeurs de Montréal, ce qui accroît davantage la visibilité de notre organisation. L'exercice de planification de la main-d'œuvre qui a été effectuée pour l'ensemble du CIUSSS nous permet également une meilleure anticipation des besoins de main-d'œuvre.

### 3.06. 00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante :

-Engagement non atteint

Les résultats de 2018-2019 sont comparables à ceux de 2017-2018.

Plusieurs actions ont été déjà été entreprises afin de diminuer le recours à la main-d'œuvre indépendante. À titre d'exemple, l'affichage de postes laissés vacants sur de longues périodes, la création de postes d'équipe volante, des garanties d'heures pour les employés liste de rappel durant des périodes cruciales de l'année et une mobilité accrue du personnel disponible vers les sites en besoin ont permis une meilleure planification et allocation des ressources à la Direction SAPA-Hébergement.

Ces actions se poursuivent par l'actualisation du plan d'action élaboré en collaboration avec les directions et programmes pour adresser la problématique entourant l'utilisation d'heures supplémentaires et de la MOI. Tel que mentionné précédemment, parmi les mécanismes ciblés il y a la création de postes d'équipe volante, des garanties

d'heures pour les employés liste de rappel durant des périodes cruciales de l'année, une meilleure planification des effectifs et une amélioration du taux de postes comblés. Le secteur Recrutement/dotation interne a récemment revu son organisation de travail de manière à créer une approche d'équipe plus polyvalente pouvant répondre aux besoins urgents d'un modèle de soins et services en évolution rapide combiné à l'utilisation d'outils informatisés de gestion des requêtes de personnel et d'administration des tests de sélection permettant de réduire les délais. De plus, plusieurs activités de recrutement ont eu lieu dont des foires et blitz de recrutement grâce auxquelles nous notons déjà des résultats positifs. Le CIUSSS a été nommé cette année parmi les meilleurs employeurs de Montréal, ce qui accroît davantage la visibilité de notre organisation. L'exercice de planification de la main-d'œuvre qui a été effectuée pour l'ensemble du CIUSSS nous permet également une meilleure anticipation des besoins de main-d'œuvre.

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)	69.3	77.9	70.3	80.0

## Commentaires

- a. les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;
- b. l'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles;
- c. le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.

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

5910 - JED (73%) : Nos listes d'attente en JED ont été grandement réduites au cours de l'année 2017-18 et se sont stabilisées en 2018-19. Entre le 6 juin 2017 et le 25 mars 2019, le nombre d'assignations en attente d'une 1<sup>re</sup> intervention est passé de 520 à 266. Beaucoup de ces usagers en attente avaient accumulé des délais de plus de 30 jours.

6461, 6463 - PRAIDA (64%) : Les services psychosociaux aux demandeurs d'asile sont offerts en moins de 30j, voire sans délai. Néanmoins, il y a eu une modification de procédure suite à l'épisode d'arrivées massives en 2017. En effet, le processus d'assignation à l'accueil PRAIDA et en site d'hébergement a été cessé. Or, c'est précisément dans ces sous-programmes que la 1<sup>ere</sup> intervention était réalisée le jour même ou lendemain de l'assignation, atteignant ainsi 97.7% de la cible en 2017-2018. Ce changement a affecté à la baisse le volume de 1<sup>ères</sup> interventions de plus de 60%. Nous sommes en processus d'analyse de l'assignation des demandes.

4112 - SIPPE (90%) : Nous dépassons l'engagement pris et nos résultats sont stables par rapport à l'an dernier. Un suivi clinique est effectué régulièrement avec nos intervenants psychosociaux au niveau de leur charge de cas, ce qui contribue à maintenir un pourcentage élevé de premiers services de nature psychosociale dispensé à l'intérieur de 30 jours.

6731 - Psychosocial Services généraux (76%) : La consultation sociale en CLSC est amorcée dans 76 % des cas dans un délai inférieur à 30 jours. Par ailleurs, un pourcentage plus bas est observé dans l'un de nos deux RLS en raison d'un volume de demandes plus grand et de la capacité limitée à 1,8 ETC de travailleurs sociaux. Des difficultés de recrutement soit pour des remplacements ou pour un surcroît ne nous permettent pas une couverture optimale de nos services.

- b. **L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, doit être indiquée lorsque les données sont disponibles.**

5910 - JED : 71% en 2017-18. Légère augmentation.

6461, 6463 - PRAIDA : 92% en 2017-18. Baisse de 28%. Voir commentaire au point a).

4112 - SIPPE : 91% en 2017-18. Relativement stable.

6731 - Psychosocial Services généraux : 65% en 2017-18. Amélioration de 11%.

La consultation sociale en CLSC est amorcée dans 75 % des cas dans un délai inférieur à 30 jours (voir indicateur 1.02.08) et cela est attribuable en partie à un suivi plus rigoureux et par une meilleure réorientation des demandes de la clientèle inscrite en GMF et pouvant être suivie par les travailleurs sociaux du GMF. Nous avons à cet effet des superviseurs cliniques qui assurent l'orientation des demandes vers le bon service.

c.

**Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.**

Puisque nous ne sommes pas en mesure de décliner l'indicateur 7.01 par programme, les résultats par programme ci-dessus sont estimés à partir de la méthodologie utilisée pour l'indicateur 1.02.08-EXP. Même imparfaite, cette mesure nous donne une bonne idée de la situation et nous permet d'apprécier l'évolution des résultats.

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

### **5.1 La gestion des risques et de la qualité**

#### **5.1.1 L'agrément et la démarche d'amélioration continue de la qualité**

Cette année, le CIUSSS Centre-Ouest a reçu une note quasi parfaite de 99.6% (dont 100% des Pratiques organisationnelles requises- PORs) lors de la visite d'agrément de novembre 2018. On souligne notre travail d'équipe, notre partenariat avec les usagers, la gestion intégrée de la qualité, la gestion des risques, le plan de la sécurité et l'engagement de tous pour la sécurité et les services centrés sur la personne dont notre engagement Planetree.

Pour une quatrième année d'existence du CIUSSS, la DQEPEA a consacré la majeure partie de ses efforts au soutien des équipes d'amélioration continue de la qualité envers la conformité aux normes et à la démarche d'agrément continue et intégrée. Les équipes d'amélioration continue maintiennent leur engagement à effectuer dans tous les grands secteurs du CIUSSS, une cartographie (autoévaluations avec taux de participation de 2000 employés) de la conformité aux pratiques organisationnelles requises et aux normes des épisodes de soins, services et des processus prioritaires. Cet exercice exigeant, a permis non seulement d'assurer une qualité et une sécurité accrues dans le CIUSSS, mais aussi aux équipes d'accélérer la mise en œuvre des plans d'actions des différentes missions, leur intégration et fonctions. De plus, il est à rappeler que lors de la dernière visite d'agrément de 2016 avec rapport final reçu en avril 2017, l'ensemble des administrateurs, gestionnaires, personnel, partenaires et médecins avaient reçu aussi avec grande fierté un excellent rapport d'Agrément Canada avec un taux de conformité de 96,3 % aux différents standards. On souligne aussi les sondages auprès de l'ensemble des employés concernant la Culture de la sécurité et la mobilisation des employés ayant obtenu un taux de participation de 35%. Nous poursuivons tous nos efforts dans cette démarche continue pour les prochaines visites prévues en juin 2019 pour la distinction AVC en réadaptation, en novembre 2019 pour la santé publique et en juin 2020 pour la santé physique, services de proximité, jeunesse et services de santé mentale et dépendance et qui est pilotée par la DQEPEA.

#### **Tableau des résultats de la visite d'agrément de novembre 2018 (rapport avril 2018)**

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	1	85 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Leadership	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	91 (98,9%)	1 (1,1%)	4	141 (99,3%)	1 (0,7%)	4
Prévention et contrôle des infections	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	30 (96,8%)	1 (3,2%)	0	70 (98,6%)	1 (1,4%)	0
Gestion des médicaments	78 (100,0%)	0 (0,0%)	0	62 (100,0%)	0 (0,0%)	2	140 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	128 (100,0%)	0 (0,0%)	0
<b>Total</b>	<b>306 (100,0%)</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>0</b>	<b>258 (99,2%)</b>	<b>2 (0,8%)</b>	<b>7</b>	<b>564 (99,6%)</b>	<b>2 (0,4%)</b>	<b>7</b>

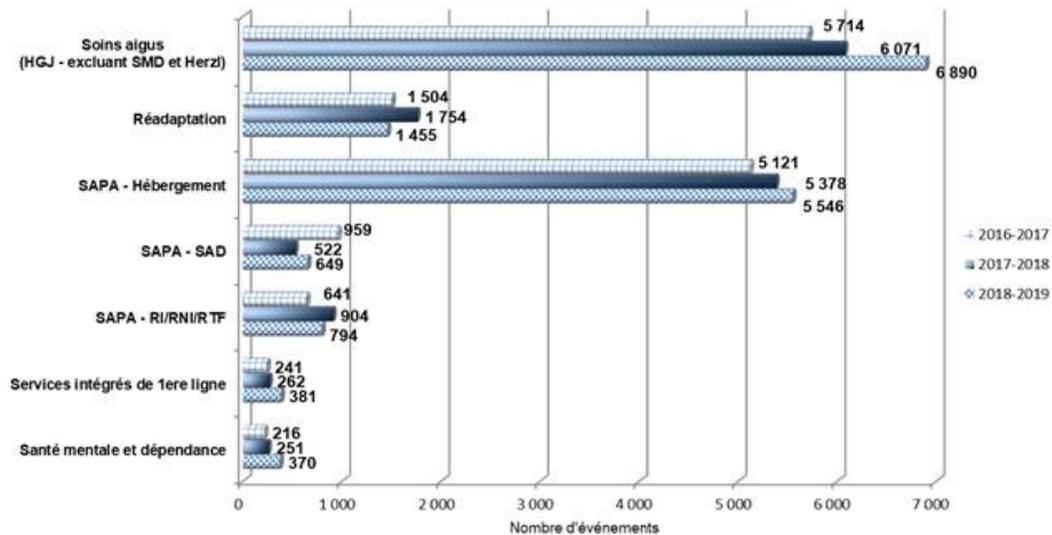
\* N'inclut pas les POR (Pratiques organisationnelles requises)

### 5.1.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

Durant l'exercice financier 2018-2019, ce sont 16 085 évènements indésirables qui ont été déclarés par les intervenants de l'établissement du CIUSSS par rapport à 15 142 en 2017-2018; soit une augmentation de 6% et une augmentation chaque année depuis le début du CIUSSS toujours en contexte de transformation, ce qui mérite d'être célébré en terme de maintien et d'amélioration de notre culture de sécurité. Des rapports trimestriels personnalisés sont envoyés en rétroaction aux équipes d'amélioration de la qualité avec lesquels elles élaborent des plans d'amélioration et des mises à jour périodiques se retrouvent sur notre tableau de bord corporatif électronique du CA et de l'équipe de direction. On célèbre aussi cette année, une amélioration de la rapidité de la réception des rapports AH223 par la DQEPEA passant dans certains endroits de 8 à 2 semaines.

L'histogramme suivant indique le nombre d'évènements répartis par direction de l'établissement :

Graphique 1. Répartition des incidents/accidents déclarés (Rapports AH-223) par direction/secteur d'activités du CIUSSS  
Extraction données SISSS : 2019-05-21



Le tableau suivant présente le nombre d'évènements déclarés répartis par direction d'établissement et par niveau de gravité pour l'année financière 2018-2019.

Répartition des incidents/accidents déclarés par niveau de gravité (Rapports AH-223)

Direction/ Secteur d'activités	Année financière	Incident		Accident sans conséquence		Accident avec conséquence temporaire			Évènement sentinelle			Indemnité	TOTAL
		A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I		
Soins aigus (HGJ - excluant SMD et Herzi)	2017-2018	321	1 678	1 487	1 610	307	699	79	2	4	3	0	6 071
	2018-2019	343	1 756	2 024	1 719	343	656	31	0	7	5	6	6 890
Réadaptation	2017-2018	73	139	210	443	436	42	8	0	0	1	0	1 754
	2018-2019	127	105	289	582	294	49	8	0	0	1	0	1 455
SAPA - Hébergement	2017-2018	117	289	470	2 290	1 902	210	22	0	0	0	0	5 378
	2018-2019	198	386	632	2 703	1 483	116	15	4	0	9	0	5 546
SAPA - SAD (incluent UTRF)	2017-2018	0	21	181	192	189	18	4	0	0	4	3	522
	2018-2019	29	52	270	98	165	21	9	1	0	2	2	649
SAPA - RI/RNI/RTF	2017-2018	17	27	189	387	207	71	28	0	0	3	0	904
	2018-2019	32	41	162	326	158	60	11	0	0	3	1	794
Services de première ligne	2017-2018	30	73	98	32	23	4	1	0	0	1	0	262
	2018-2019	42	142	87	53	52	3	1	0	0	0	1	381
Santé mentale et dépendance	2017-2018	7	22	27	130	13	49	14	0	0	1	0	251
	2018-2019	14	25	35	233	38	21	4	0	0	0	0	370
<b>TOTAL CIUSSS:</b>	<b>2017-2018</b>	<b>471</b>	<b>2 247</b>	<b>2 788</b>	<b>6 369</b>	<b>2 838</b>	<b>1 248</b>	<b>168</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>16 142</b>
	2018-2019	785	2 507	3 499	5 714	2 533	926	79	5	7	20	10	16 085
		4,9%	15,6%	21,8%	35,5%	15,7%	5,8%	0,5%	0,03%	0,04%	0,1%	0,1%	100%

extraction des analyses sommaires soumise et fermées (SISSS): 2019-05-21.

## Définitions :

**Incident:** Une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, entre autres occasions, pourrait entraîner des conséquences. Échelle de gravité A à B. (LSSSS art. 183.2)

**Accident:** Une action ou une situation où le risque se réalise et **affecte un usager** est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur la santé ou le bien-être de l'utilisateur, d'un membre du personnel, d'un professionnel impliqué ou d'un tiers. Échelle de gravité de C\* à I. (LSSSS art. 8)

\* **N.B.:** Il s'agit d'un changement dans la définition de l'échelle de gravité C, depuis décembre 2011 (autrefois considéré comme un incident, on le considère maintenant comme un accident).

Tous les événements déclarés (incidents et accidents) sont notés selon la gravité de leurs conséquences causées au patient en conformité avec les niveaux de gravité adapté du NCC-MERP (voir le tableau ci-dessous).

Échelle de gravité adaptée du National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP)			
Catégorie	Conséquence	Gravité	Définitions
Incident	Aucune personne touchée	A	Des circonstances ou des événements ayant pu causer une erreur ou un préjudice (situation à risque).
		B	Une erreur est survenue mais aucune personne n'a été touchée.
	Aucune conséquence	C	Une erreur, notamment une omission, est survenue mais la personne touchée n'a subi aucune conséquence. Aucune surveillance ni intervention n'ont été nécessaires.
		D	Une erreur est survenue et une personne a été touchée ce qui a nécessité une surveillance pour confirmer l'absence de conséquence. Aucune intervention n'a été nécessaire afin d'éviter des conséquences.

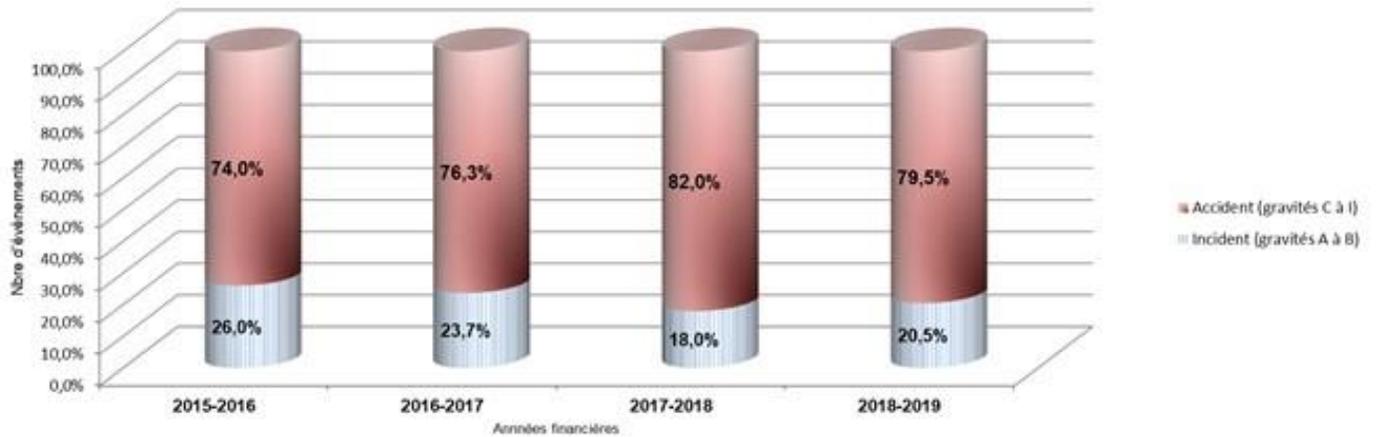
Accident – personne touchée	mineures ou prolongation de la durée de l'hospitalisation	E1	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences temporaires chez la personne touchée et avoir nécessité des premiers soins non spécialisés.
		E2	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences temporaires chez la personne touchée et avoir nécessité des interventions; des soins et des traitements supplémentaires spécialisés sans pour autant entraîner une prolongation de l'hospitalisation.
Évènement sentinelle		F	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences temporaires chez la personne touchée et avoir nécessité des soins ou des traitements supplémentaires spécialisés ayant entraîné une hospitalisation ou une prolongation de l'hospitalisation.
		G	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences permanentes chez la personne touchée.
		H	Un accident est survenu et a nécessité des interventions (RCR) pour maintenir la personne en vie.
		I	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine du décès de la personne touchée.

**On peut noter :** Des événements déclarés : 80 % sont des accidents (*usager touché, gravité C à I*) et 20 % sont des incidents (*usager non touché, gravité A et B*).

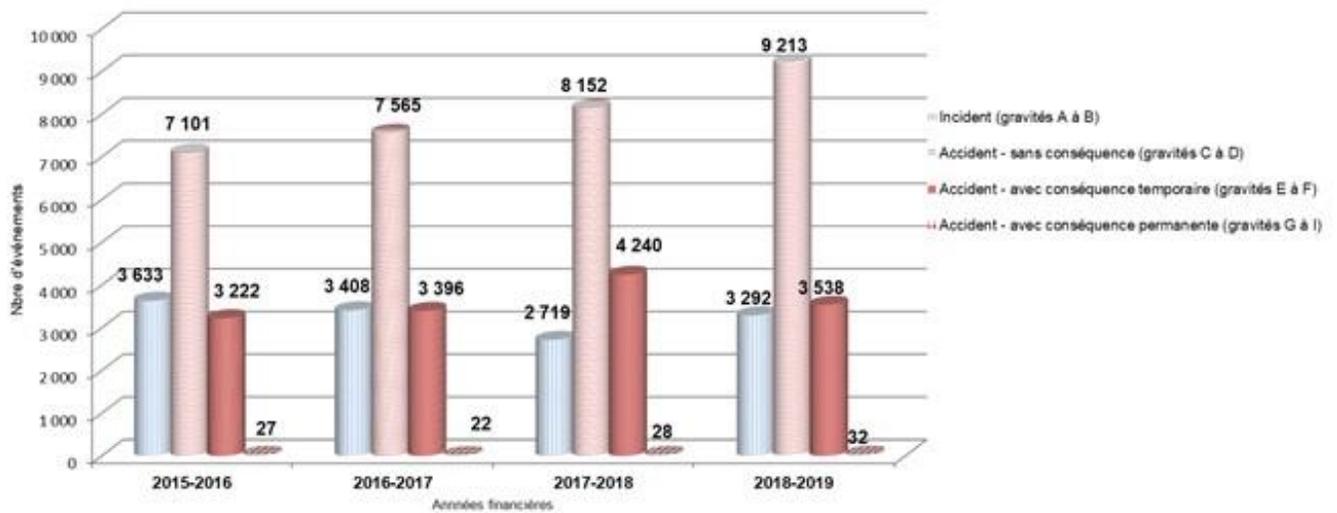
Nous nous réjouissons du taux de déclaration en augmentation. Par contre, nous observons une diminution de 2% des déclarations d'accidents (E à I) par rapport aux incidents (A-B). La DQEPEA continue de souligner l'importance de continuer à déclarer les incidents en ces temps de priorisation et de changements. La déclaration demeure un bon indicateur d'une culture de sécurité saine en permettant d'éviter la récurrence des événements et leur impact sur les usagers. De plus, cette année, on remarque aussi une augmentation des déclarations de gravité C-D et une diminution des déclarations de gravité E-F avec une stabilité de déclaration des événements sentinelles de gravité G-H-I (0.2% des événements déclarés).

**Le tableau suivant présente le nombre d'évènements déclarés répartis par direction d'établissement et par type d'évènement pour l'année financière 2018-2019.**

Graphique 2. Répartition des incidents/accidents déclarés au CIUSSS (Rapports AH-223)  
par gravité  
Extraction données SSISS: 2019-05-21



Graphique 3. Répartition des incidents/accidents déclarés au CIUSSS (Rapports AH-223)  
par niveau de gravité  
Extraction données SSISS: 2019-05-21



**Répartition des incidents/accidents déclarés par type d'évènement** (Rapports AH-223)

Direction/ Secteur d'activités	Année financière	Type d'évènement										Autres types d'évènement							TOTAL
		Chute	Toit diagnostic laboratoire	Lié à la médication	Aggravation	Lié au matériel ou à l'équipement, au bâtiment	Traitement	Lié aux effets personnels	Lié au RDM/MMUU	Lié à la diète	Toit diagnostic image	Blessure d'origine inconnue	Blessure d'origine connue	Ride de pression	Fugue/Évasion	Lié aux mesures de contrôle (contamination)	Tentative de suicide/ Suicide	Autres	
Soins aigus (HCU - excluant SMD et Hérol)	2017-2018	1822	2387	1292	298	358	171	74	130	25	29	-	21	28	21	2	2	22	1671
	2018-2019	645	3696	729	539	387	313	60	77	45	38	11	16	50	51	3	2	228	6890
Recherche	2017-2018	30	5	382	0	39	23	13	3	9	-	82	23	5	1	3	2	208	1728
	2018-2019	502	1	352	94	84	20	10	0	7	0	77	36	3	4	17	2	248	1455
SAPA - hébergement	2017-2018	1652	1	828	188	97	38	27	3	43	3	782	25	122	28	0	22	5578	
	2018-2019	2697	7	716	140	150	78	117	0	31	4	783	354	104	31	12	0	322	5546
SAPA - SAD (incluant UTRR)	2017-2018	188	8	18	15	11	8	3	-	3	3	4	4	-	3	3	3	188	232
	2018-2019	67	27	183	9	15	33	9	0	0	0	2	3	3	2	2	2	282	649
SAPA - RVM/RTF	2017-2018	138	0	100	39	2	4	3	3	-	3	20	28	2	2	3	3	128	828
	2018-2019	470	0	171	31	6	8	11	0	1	0	26	29	1	6	0	1	33	794
Services de première ligne	2017-2018	2	128	82	5	12	22	3	3	3	3	-	3	3	3	-	3	18	282
	2018-2019	10	128	53	2	47	18	2	0	0	2	0	5	0	1	0	113	381	
Services mentaux et dépendance	2017-2018	25	1	21	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	29
	2018-2019	42	3	43	155	13	5	21	0	2	0	0	0	0	43	0	1	42	370
TOTAL CIUSSS:	2017-2018	4411	3696	2116	908	927	896	254	106	86	36	889	386	325	88	16	128	1288	15182
	2018-2019	4433	3862	2247	970	702	475	230	77	86	44	889	443	161	137	35	8	1276	16085
		27,6%	24,0%	14,0%	6,0%	4,4%	3,0%	1,4%	0,5%	0,5%	0,3%	5,6%	2,8%	1,0%	0,9%	0,2%	0,05%	7,9%	10,0%

extraction des analyses sommaires soussées et fermées (SIGSS) : 2019-05-21.

\* RDM / MMUU : Retraitement des dispositifs médicaux/ Matériel médical à usage unique critique ou semi-critique.

**Pour toutes les missions :**

Comme l'indique le tableau ci-dessus, les évènements indésirables les plus déclarés sont similaires aux années précédentes :

- les chutes
- les évènements liés à la gestion des médicaments

**Pour la mission hospitalière :**

Comme l'indique le tableau ci-dessus, aux évènements indésirables ci-haut s'ajoutent :

- ceux reliés aux examens diagnostiques, notamment ceux liés à l'identification des échantillons prélevés chez des patients (ces derniers étant tous précisément relevés dans une base de données par les laboratoires et heureusement ayant eu peu de conséquences sur nos usagers)

**Les trois principaux incidents (gravité A et B) et trois principaux types d'accidents plus précisément au sein du CIUSSS:**

Les 3 principaux types d'événement	Incidents (2018-2019)	
	Nbre d'événements	% sur le nbre total d'événements au CIUSSS
Test Dx Laboratoire	1553	9,7%
Médication	628	3,9%
Événement lié à l'équipement	179	1,1%

Extraction de données SISSS : 2019-05-21

Les 3 principaux types d'événement	Accidents (2018-2019)	
	Nbre d'événements	% sur le nbre total d'événements au CIUSSS
Chute	4405	27,4%
Test Dx Laboratoire	2309	14,4%
Médication	1619	10,1%

Extraction de données SISSS : 2019-05-21

Des rapports détaillés en lien avec ces priorités sont préparés pour les comités responsables respectifs.

***Les améliorations continues en matière de sécurité et de qualité des soins et services :***

Plusieurs comités envers la prestation sécuritaire des soins et services par exemple, dont les comités de prévention des chutes, de la sécurité du circuit du médicament, des contentions, des plaies de pression, de la prévention du suicide, de la violence, les frigidaire à température contrôlée (principaux incidents reliés aux équipements) et celui de l'identification sécuritaire des patients sont très actifs pour analyser les rapports d'incidents et d'accidents et trouver des solutions permettant des améliorations. Ces derniers présentent régulièrement au comité de la qualité et de la gestion des risques, Vigilance et au CA.

De belles améliorations ont eu lieu dans les équipes dans le cadre des initiatives qualité. Compte tenu du grand engagement des équipes et des nombreux projets d'améliorations, en voici que quelques exemples.

Au niveau du CIUSSS, la politique de l'identification sécuritaire des usagers. Aussi pour le bilan comparatif des médicaments et son adaptation dans la communauté et les résultats améliorés dans l'ensemble du CIUSSS. Amélioration de la gestion des médicaments grâce à la visite des milieux et en particulier des salles de médicaments. On implante un projet

de l'auto-administration sécuritaire des médicaments. Des améliorations en matière de prévention des chutes dans tous les secteurs sont mis en oeuvre.

La Direction SAPA pour les services à domicile, à réviser la procédure de non-réponse a été en lien avec la prévention du risque de suicide. La direction de santé mentale et dépendance a mis sur pied de nouveaux comités d'amélioration de la qualité avec la participation active d'usagers partenaires. Plusieurs projets découlant de la prestation sécuritaire des soins ont été amorcés pour améliorer la prévention du risque de suicide des usagers, la prévention des fugues, la fiduciaire ainsi que les risques associés à la violence. Au niveau de la direction de la réadaptation, des améliorations découlant de la prestation sécuritaire des soins et services ont été amorcées pour adresser les besoins concernant le vieillissement de la population DI-TSA.

En ce qui concerne, les unités d'hospitalisation en réadaptation, des tournées intentionnelles ont été incorporées par les équipes pour diminuer les risques de chutes. De plus, le congé précoce assisté pour la clientèle ayant subi un AVC léger à modéré.

La direction des services intégrés de première ligne, à la suite d'événements déclarés par les équipes, a mis sur pied un comité code bleu a été mis sur pied pour revoir les pratiques et améliorer les interventions.

Au niveau des soins aigus nous devons souligner les initiatives suivantes:

**Service d'obstétrique et Unité de soins intensifs néonataux :** Nous avons changé le processus de vaccination et d'entreposage des vaccins, instauré une procédure d'escalade et un protocole concernant les césariennes d'urgence. Nous avons formé un groupe de travail sur le deuil périnatal et tenu une réunion multidisciplinaire.

**Service d'urgence :** Nous avons établi un programme d'hygiène des mains, ajouté un écran dans la salle d'attente du Service d'urgence doublé d'un système d'information adaptée au patient et mis au point des directives pour le personnel du triage.

**Unité de soins intensifs :** Nous avons amélioré l'étiquetage des spécimens en instaurant une liste de vérification; nous avons réduit la prévalence des ulcères de décubitus à l'aide d'une liste de vérification et d'un outil de prévention; nous avons établi des méthodes normalisées pour réduire les problèmes de dosage des médicaments, augmenté la participation des patients à leur plan de traitement en utilisant davantage les tableaux blancs et en veillant à ce que l'information soit bien comprise; nous avons distribué aux patients un questionnaire pour mieux comprendre leurs besoins et diminué le niveau de bruit.

**Centre de stérilisation, Unité de soins intensifs cardiovasculaires et Laboratoire de cathétérisme cardiaque:** Nous avons amélioré l'usage des tableaux blancs pour mieux communiquer avec les patients; nous avons remporté le Prix AAPA (Approche adaptée à

la personne âgée) pour la 3<sup>e</sup> année consécutive pour notre Programme de mobilité progressive; nous avons réduit le recours aux mesures de contention, diminué l'utilisation des sonnettes d'appel et implanté un système de jumelage; nous avons instauré la pratique de donner un rendez-vous aux patients dès leur congé de l'hôpital afin d'assurer le suivi médical; nous avons adopté un protocole d'admission le même jour pour les cas de chirurgie cardiaque et développé un protocole de remplacement percutané de la valve aortique moins invasif, plus efficace, plus avantageux pour les patients considérés à risque et qui permet en outre de réduire la durée de séjour à l'hôpital.

**Hôpital de médecine de jour:** Nous avons amélioré la température ambiante dans la clinique et réduit les temps d'attente.

**Endoscopie :** Nous avons mené une vérification sur la prévention des chutes en 2018 et ajouté des directives concernant le congé de l'hôpital dans le courriel envoyé aux patients avant leur intervention.

**Néphrologie :** Nous avons amélioré l'étiquetage des spécimens grâce à une liste de vérification et préparé un livret sur la fistule artério-veineuse à remettre aux patients dès l'admission.

**Prévention et contrôle des infections (IPAC) :** Nous avons affecté une infirmière de l'équipe IPAC dans chaque unité et service et poursuivi nos efforts de sensibilisation de l'hygiène des mains auprès des patients et de leurs familles. Nous avons veillé à l'harmonisation des directives IPAC dans les unités de soins ambulatoires de l'HGJ, les centres de réadaptation et les CLSC.

**Retraitement :** En collaboration avec l'IPAC, les services Qualité et Techniques et l'équipe de la haute direction, nous avons formé un comité pour évaluer et normaliser le processus de retraitement dans la clinique d'urologie, la clinique d'oto-rhino-laryngologie et la clinique de cardiologie. Nous avons centralisé à l'HGJ les activités de retraitement des CLSC de Parc-Extension, CLSC Métro, CLSC Outremont et CLSC de Côte-des-Neiges.

**Laboratoires :** Nous avons travaillé avec Optilab pour harmoniser les pratiques relatives aux autopsies et à la disposition des dépouilles fœtales et amélioré la communication des résultats de laboratoires aux médecins.

**Soins palliatifs:** Campagne de financement pour changer tout l'ameublement des unités de soins (lit, meubles pour les unités de soin), projets d'amélioration de la dispensation des médicaments (pre-filled syringe), pamphlet d'information CIUSSS qui décrit l'offre de soins palliatifs.

La DQEPEA soutient le comité du CA sur le **comité de l'environnement physique** et la sécurité qui a visité 8 de nos sites cette année et qui s'est doté d'un mandat de

fonctionnement pour devenir plus performant clarifiant les rôles et responsabilités de chacun. Le comité a travaillé sur une feuille d'évaluation des installations visitées afin de toujours regarder des aspects sécurité et qualité de façon systématique et ainsi permettre la rédaction de son rapport et suivi après chaque visite. Le comité a planifié son calendrier de visite pour 2019-2020.

### **Analyse des évènements sentinelles**

Nous soulignons une faible augmentation mais non significative (toujours 0.2% des déclarations) du nombre de déclarations d'évènements sentinelles de gravité G-H-I. Ces derniers ont tous été évalués lors de revues d'évènements pour en ressortir les facteurs contributifs et mettre en œuvre des plans d'amélioration.

Au total, 94 revues d'évènements ont été conduites cette année (comparé à 60 l'an dernier) pour aussi inclure les 32 évènements G-H-I et 62 évènements hors G-H-I à risque élevé et qui méritent une étude approfondie et un plan d'action pour éviter leur récurrence.

Nous soulignons aussi une amélioration du suivi de mise en œuvre des recommandations et plan d'amélioration découlant des revues d'évènements. En février 2019, le statut des recommandations mises en œuvre découlant des revues d'évènements de 2017-18 est de 46% implantées; et 48% en cours d'implantation. Pour le statut des recommandations mises en œuvre découlant des revues de 2018-19, on parle de 16% implantées et 58% en cours d'implantation ainsi que de 24% en approbation.

### **Thèmes récurrents :**

L'analyse des tendances découlant des évènements sentinelles G-H-I et leur revue ont permis d'en dégager les thèmes principaux suivants :

- Chutes contribuant au décès ou requérant une intervention pour maintenir en vie;
- Évènements en lien avec les médicaments

### ***Objectifs CIUSSS en matière de gestion des risques***

1. Augmenter le taux de déclarations et l'amélioration de la qualité des données ainsi que la rapidité de réception des déclarations des rapports AH-223 directe, en ligne, des incidents et accidents autant dans les secteurs avec saisies centralisés comme décentralisés;
2. Promouvoir la culture de sécurité;
3. Continuer nos formations sur la divulgation des accidents et promotion sur la documentation associée à la divulgation;
4. Améliorer la rapidité avec laquelle les recommandations d'analyse des évènements sentinelles sont produites, diffusées et mises en œuvre;

5. Améliorer le suivi des recommandations découlant de l'analyse des événements sentinelles ;
6. Maintenir le leadership en matière de qualité des laboratoires et entretenir un partenariat solide avec Optilab pour favoriser l'atteinte de meilleurs résultats sur la qualité et la sécurité dans toutes les initiatives d'agrément et de certification.

Afin de promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents et accidents, l'équipe de la gestion des risques et de la qualité a contribué aux activités suivantes :

- les semaines de la sécurité afin de sensibiliser les équipes de soins et de services ainsi que les usagers, les semaines du mois d'octobre-novembre 2018 sur l'ensemble des sites;
- des activités de formation et d'orientation des intervenants et des nouveaux employés, stagiaires et bénévoles;
- des séances de formation continue sur la déclaration des incidents et accidents au personnel et aux gestionnaires et des rapports continus et personnalisés avec les conseillères qualité attirées;
- des visites d'évaluation des risques et de simulation sont effectuées, □ des publications dans le journal de l'établissement : le 360 et sur l'intranet.

### 5.1.3 Les visites ministérielles

Cette année, aucune visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie n'a eu lieu dans le CIUSSS. Par contre, une visite a eu lieu le 28 mars 2019 dans un CHSLD privé de notre territoire : le CHSLD Saint-Georges. Le rapport de visite n'a pas encore été reçu lors de la fin de l'année financière.

Les plans d'amélioration ont été suivis et mis à jour. Au niveau des soins de longue durée, le SAPA continue de mettre en œuvre leur programme de PAB accompagnateur et poursuivent ses améliorations au niveau de la réactivation des comités milieu de vie et le suivi de l'expérience-repas à travers d'audits.

**Tableau bilan des visites ministérielles de 2018-2019**

Site	Date de la dernière visite d'évaluation	Date de la visite de vérification	Nombre de recommandations	Nombre d'actions pour atteindre la recommandations	Nombre d'actions complétés	Pourcentage de complétion
Hôpital Mont-Sinclair	2015-06-02	2017-08-02	9	39	37	95 %

CHSLD SteMargaret	2015-10-20	Non	7	23	20	87 %
CHSLD St-Andrew	2015-10-22	Non	6	30	25	83 %
CHSLD FatherDowd	2016-01-26	Non	8	42	21	50 %
JEC- Kastner	2016-11-22	Non	8	50	39	78 %
CHSLD HenriBradet	2016-02-23	2017-08-01	14	72	49	68 %
JEC-Hope	2016-11-23	Non	9	56	43	77 %
DBM	2018-01-17	Non	11	85	67	79 %
RI-RTF SAPA	2015-09-30	Non	10	58	47	81 %
RI-RTF Réadaptation	2016-06-15	Non	7	34	11	32 %

#### 5.1.4 Certification des RPA

A l'automne 2018, nous avons été informés du transfert du programme de certification des résidences privées pour aînés (RPA) du CIUSSS Centre-Sud de l'île-de-Montréal aux 5 CIUSSS de Montréal. Nous avons ainsi reçu la responsabilité de certifier les 30 RPA de notre territoire. Voici le plan d'action complété pour notre CIUSSS:

- Identification des personnes pour soutenir la transition (Chef de service de la qualité, une conseillère par intérim, une personne pour le soutien administratif)
- Assurer le recrutement de ressource en charge de ce dossier
- Formation pour transfert des compétences
- Transfert des dossiers entre les deux CIUSSS
- Mise sur pied d'un comité local RPA pour collaboration avec le service légal, commissaire aux plaintes, SAPA et la DQEPEA

Développer les procédures internes notamment décrivant les rôles et responsabilité des directions SAPA, Service légal, commissaire aux plaintes

## 5.2 La mesure de la performance et de la qualité

Le service de gestion de la qualité et de la gestion des risques continue de produire et diffuser trimestriellement des tableaux de bord qualité et sécurité dans toutes les missions. Des travaux ont été initiés pour la mesure des résultats (EPROM) des soins et services sur la santé et le bien-être des usagers soit pour la santé cardiovasculaire et la santé mentale (pédopsychiatrie et Hôpital de jour).

Le service d'exploitation de l'information et d'évaluation de la performance continue de soutenir les cliniciens et les gestionnaires et augmente son offre de services partout dans le CIUSSS. Les indicateurs de qualité et performance soutiennent la démarche d'amélioration et d'agrément mais aussi la gestion du flux des patients, le désengorgement de l'urgence, la mise en place de trajectoires de soins et des unités intégrées de pratique, les salles de pilotage, la gouvernance et la reddition de compte auprès du MSSS pour l'entente de gestion ou d'autres demandes gouvernementales.

### **5.2.1 Les archives et la sécurité informationnelle**

Avec l'initiative du service des archives et de la direction des ressources informationnelles, des travaux ont débuté pour l'implantation d'un index patient organisationnel (IPO). Cet outil permettra aux cliniciens et aux gestionnaires d'avoir accès à un identifiant unique pour chacun des usagers du CIUSSS et ainsi d'effectuer une communication rapide et sécuritaire de l'information de l'utilisateur entre les différentes missions du CIUSSS et à l'appariement de nos informations avec celles de la RAMQ.

Un plan de sécurité informationnelle est mis en place et est suivi. Le taux de conformité aux bonnes pratiques s'améliore.

### **5.2.2 L'éthique clinique**

Les éthiciens répondent aux besoins de consultations et de formation tous les intervenants et diffusent le code d'éthique et le cadre d'éthique auprès des différentes missions du CIUSSS. Cette année 972 employés ont été formés dans le cadre de 90 événements de formation. Les éthiciens ont effectué 120 consultations. De plus, plusieurs projets ont été analysés sous la loupe de l'éthique organisationnelle par exemple : comité abus aînés, advanced medical directive, code jaune, goal of care policy.

Le code d'éthique ainsi que les valeurs, la vision et la mission guident nos décisions et initiatives. Le cadre d'éthique comprend les informations sur l'éthique clinique, l'éthique de la recherche, l'éthique organisationnelle et sa documentation et diffusion sont améliorées. Enfin, nos éthiciens ont participé à 5 rencontres du comité d'éthique de la recherche.

### **5.2.3 Application des mesures de contrôle des usagers**

Le comité des mesures de contrôle ont élaboré et fait adopter une politique et procédure qui représente un grand travail d'harmonisation à travers le CIUSSS quant aux mesures de contrôle. Cette politique et ses procédures sont basées sur des données probantes, les plus récentes lignes directrices émanant du Ministère de la santé et des services sociaux, ainsi que des consultations multidisciplinaires dans chaque mission. Elle met l'emphase sur les mesures alternatives et vise à harmoniser la démarche décisionnelle, les outils de consentement et de surveillance, et l'approche aux mesures de contrôle chimiques. Des audits CIUSSS sur la prévalence des mesures de contrôle physiques prennent place de façon régulière depuis 2016.

Un plan de formation du personnel est également planifié en lien avec le déploiement de la nouvelle politique et procédure.

### **5.2.4 Rapports du coroner**

La DQEPEA garde un registre des rapports du coroner et des recommandations et pilote l'intégration des recommandations de façon proactive en mettant en place une vigi et en auditant les pratiques visées pour en assurer leur conformité. Des améliorations sont notables en matière de signalement au coroner comme du signalement par les archives des demandes de documents du coroner et même notre participation aux enquêtes lorsque demandés de sorte que nous soyons proactifs dans nos évaluations internes et mises en œuvres d'améliorations avant même de recevoir des recommandations. Deux rapports du coroner ont été présentés au comité Vigilance. Voir détails dans la section du comité Vigilance.

### **5.2.5 La maltraitance des usagers**

La politique de maltraitance du CIUSSS a été adoptée le 27 novembre 2018. Cette année, des événements ont été déclarés concernant des cas de maltraitance d'usagers. Pour ces événements, des soutiens ont été faits par le service de la qualité, de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le service des affaires juridiques et des directions de soutien clinique et de l'éthique clinique afin d'accompagner concernant les processus à suivre quand ces situations se présentent pour accompagner au mieux les équipes et les usagers.

### **5.2.6 L'expérience-usager et le programme des usagers partenaires**

#### **Planetree**

Notre démarche Planetree a officiellement été lancée en impliquant l'ensemble de nos missions et directions et partenaires. Une réunion de lancement a eu lieu en Septembre 2018 et une formation des ambassadeurs CIUSSS a eu lieu en Mars 2019. Un plan d'implantation de cette démarche a aussi été élaboré.

## **La mesure et les améliorations de l'expérience usager**

Tout au long de l'année, la DQEPEA a coordonné les différentes activités soutenant la réalisation de la vision et la culture du CIUSSS qui se sont déroulées en vue d'offrir une expérience usager exceptionnelle. Nous avons maintenant recruté plus de 45 patients/usagers partenaires qui se sont joints à différents projets, comités, équipes d'amélioration continue de la qualité ou autres initiatives du CIUSSS et ceci à travers toutes les missions. Un comité de soutien à ces usagers partenaires a été mise en œuvre et ont développé l'évaluation du programme et ses améliorations. Une grande satisfaction de la part des usagers partenaires comme des équipes qui les intègrent est souligné. Les patients partenaires et représentants communautaires font partie intégrante de nos modes d'intervention depuis plus de 15 ans avec nos équipes et siègent au comité de la qualité et de la gestion des risques ainsi qu'au comité Vigilance. On révisé ainsi tous les plans d'amélioration de l'expérience usager découlant de la mesure de cette dernière qui est déployée dans l'ensemble du CIUSSS.

La DQEPEA soutient aussi l'approche milieu de vie dans les CHSLD du CIUSSS et ceci en gérant aussi les services de bénévoles, de pastoral et de récréologies et de thérapies par les arts comme des loisirs thérapeutiques.

### **Quelques principaux succès de ce partenariat:**

- Patients partenaires dans 2 comités locaux du circuit du médicament et un dans le comité circuit du médicament CIUSSS
- Participation de 3 patients partenaires à la simulation de visite d'agrément Canada et lors de la visite
- Participation de 5 patients partenaires aux journées Planetree CIUSSS
- Participation de nombreux usagers partenaires aux divers comités d'amélioration continue de la qualité
- Participation de 4 patients partenaires aux semaines de la sécurité des usagers
- Participation de 2 usagères partenaires pour la révision de la politique d'allaitement du CIUSSS
- Participation d'un patient partenaire à l'ensemble des travaux pour plusieurs UPI dont Neuro et cardio
- Participation de 15 patients partenaires très actifs à la DSMD.
- Patient partner workgroup made up of 5 women who delivered in our CIUSSS covering trajectory from Maison de naissance, Birthing Center, Postpartum unit, and NICU
- Participation de 2 patients partenaires sur le comité Rossy Oncologie RUISSS McGill.

L'évaluation de l'expérience usager s'est étendue dans toutes les missions et secteurs du CIUSSS et la planification est complétée pour les 2 prochaines années. De fait, elle se fait de façon continue auprès de la clientèle de santé physique de l'hôpital et en réadaptation avec patients admis. Pour un premier cycle, elle a eu lieu en 2016 au programme de santé mentale, en 2017 au programme SAPA en soins de longue durée, en 2017 aux services intégrés de premières lignes (GMF). Des plans d'amélioration de l'expérience usager sont en cours. Les résultats de l'expérience usager en services de première ligne (GMF) célèbrent le respect et les rendez-vous respectés. En longue durée on célèbre la personnalisation des chambres et la sécurité. En santé mentale, le respect, l'intimité et la propreté en externe et à l'interne s'ajoute la rapidité pour obtenir une chambre.

En santé mentale, on améliore les activités, l'hôpital de jour, le réaménagement de l'unité interne et de l'urgence. En GMF, on améliore l'expérience d'attente et l'implication des patients. En soins de longue durée, on améliore l'expérience repas, hygiène et les activités en soirée.

L'évaluation de l'expérience-patient portant sur les soins aigus offerts à l'hôpital général juif (HGJ) au sein du CIUSSS Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal est effectuée par un sondage administré de façon continue. Depuis plus de 20 ans, l'HGJ mesure et améliore la satisfaction et l'expérience-patient. Depuis juin 2015, l'hôpital a introduit le sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC). Le SEHPC a été créé et validé par le groupe de travail interprovincial sur la satisfaction des patients. Cette initiative est une collaboration entre l'Institut canadien d'information pour la santé (ICIS), l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et Agrément Canada. Depuis 2017, 140 questionnaires sont envoyés de façon hebdomadaire et 2200 furent complétés et retournés annuellement. Des rapports trimestriels sont envoyés aux unités de soins comme aux directions qui doivent mettre en œuvre des plans d'amélioration. Teams are working on purposeful rounding and white boards. For example, K2 CVUCVICU are working on length of time to respond to call bells and to reduce the noise level on the unit.

### ***D'autres résultats en matière d'amélioration de l'expérience usager en 2018-2019***

Nous avons mené un sondage l'été dernier dans l'ensemble des treize services de diagnostic de l'HGJ et traitons les questions soulevées dans les conclusions, notamment : les temps d'attente, le fait que les professionnels de la santé omettent de se présenter aux patients et le défaut de communiquer les renseignements exigés pour les examens médicaux.

À la lumière des conclusions des sondages effectués, nous avons mis en œuvre des plans d'action pour les groupes de médecine familiale Hezl et Village Santé. Un patient partenaire a été ajouté à l'équipe chargée de l'amélioration continue de la qualité; un portail a été développé pour communiquer les résultats des examens médicaux et de l'information générale sur la santé, et pour permettre la prise de rendez-vous en ligne.

Au sein des Services généraux (CLSC Métro, CLSC Côte-des-Neiges, CLSC ParcExtension, Point de services Outremont, CLSC de Benny Farm, CLSC René-Cassin), nous avons réalisé un sondage dans tous les établissements et avons commencé à implanter des mesures d'amélioration incluant un meilleur système de menu téléphonique, des terminaux à écran et un centre de rendez-vous.

Le Service des soins de longue durée a organisé douze groupes de discussion avec les résidents afin de se pencher sur les résultats du sondage effectué l'an dernier, principalement en ce qui concerne les questions alimentaires. Parmi les mesures adoptées dans les plans d'action, soulignons : un plateau de fruits est maintenant offert aux résidents; un comité, où siègent des résidents, a été formé pour s'occuper du menu; et des écrans électroniques ont été placés pour informer les résidents et les membres de leur famille des services et offres alimentaires.

En ce qui concerne les soins actifs en consultation externe : Hôpital de médecine de jour – améliorer la température ambiante dans la clinique et respecter les heures de rendez-vous; Services d'hémodialyse et d'endoscopie : envoyer aux patients un courriel comportant des directives concernant le congé de l'hôpital. Le Laboratoire de cathétérisme cardiaque et le Service de radio-oncologie ont mené des sondages. Des patients partenaires ont participé à la validation de ces sondages et à la communication des résultats aux équipes. Des groupes de discussion ont été organisés pour analyser de plus près les résultats et des plans d'action sont en cours d'être établis.

Pour ce qui est des soins de réadaptation aux hôpitaux Catherine-Booth, Julius Richardson et Mont-Sinaï, nous distribuons régulièrement des questionnaires et améliorons l'information aux patients.

Les Services ambulatoires de réadaptation préparent actuellement un sondage qui sera utilisé aux centres MAB-Mackay, Miriam et Constance-Lethbridge. Nous travaillons à adapter le sondage et la méthode de distribution pour la population de ces centres. Le sondage traduit en plusieurs langues a également été distribué à cette population à titre d'essai.

Un projet pilote est également en cours pour offrir aux patients la possibilité de répondre au sondage en ligne. Ce projet vise plus particulièrement le groupe enfance-famillejeunesse, les nouvelles mamans qui font l'objet d'une visite de suivi de santé, la psychiatrie et les jeunes de 12 à 25 ans. Les résultats sont en cours d'analyse et des plans d'action seront développés.

L'équipe de soins à domicile SAPA est actuellement à l'étape de validation finale d'un sondage qui sera utilisé à l'été 2019.

L'équipe IPAC s'est attachée à régler les problèmes relevés dans le sondage précédent : Tous les P&P ont été affichés dans l'intranet en septembre 2018, et conformément au plan d'action adopté, une infirmière IPAC a été affectée à chaque unité et service en 2018.

DSMD met en œuvre ces plans d'amélioration suite aux questionnaires de 2017 et se prépare pour ces questionnaires de 2019.

### **5.2.7 Service des Bénévoles, pastoral et récréologie**

Environ 2 200 bénévoles travaillent activement au sein de notre CIUSSS, et de ce nombre, près de 1 000 d'entre eux offrent leurs services à l'Hôpital général juif. Collectivement, il s'agit du plus grand organisme de bénévolat à Montréal. Ces femmes et ces hommes dévoués — de tous les âges et issus de différents milieux culturels, ethniques et religieux — consacrent tous les ans des milliers d'heures aux bénéficiaires de soins de santé de leur établissement. L'affectation des bénévoles se fait dans l'ensemble de l'établissement, et les services fournis sont presque aussi nombreux et variés que les bénévoles eux-mêmes.

Le service des bénévoles, récréologie et des services spirituels a organisé plusieurs activités de reconnaissance pour les bénévoles du CIUSSS soit en mai 2018 et lors la semaine Nationale des bénévoles puis en automne et lors des fêtes de décembre. Des évaluations démontrent une grande satisfaction autant pour les bénévoles que pour les services et unités qui travaillent avec ces derniers.

Depuis des années, les services de bénévoles de tous les établissements du CIUSSS se distinguent par la qualité de leur soutien et par le nombre considérable de leurs membres. L'esprit bénévole est tout à fait remarquable. Collectivement, ces personnes constituent une force motrice de changements positifs et des améliorations apportées à la qualité des soins dans nos établissements et dans l'ensemble de la société. La volonté de donner de son temps continue d'augmenter et les bénévoles jouent un rôle actif dans un nombre croissant de domaines. En plus de s'impliquer dans des projets au sein de leur établissement, ces personnes contribuent à améliorer le travail mené dans presque chaque division, clinique et service de notre CIUSSS.

Pour souligner notre reconnaissance aux bénévoles de notre CIUSSS dans le cadre de la Semaine nationale de l'action bénévole, une série de sept (7) vidéos a d'ailleurs été produite conjointement avec le service des communications.

Le Service de bénévolat du CIUSSS s'efforce continuellement de rehausser les occasions de bénévolat pour combler les besoins de nos clients. Les programmes de formation à l'intention de nos bénévoles sont conçus pour correspondre à ces besoins, que ce soit en santé mentale, en gériatrie, en réadaptation, etc. L'équipe des bénévoles du CIUSSS

préconise tous les établissements comme possibilité de travail, ce qui nous permet d'apparier le savoir-faire et l'expérience de nos bénévoles avec l'établissement où ils seront envoyés.

Les membres de l'équipe responsable des bénévoles ont également pu bénéficier de formations offertes par le Centre d'action bénévole de Montréal incluant un atelier sur la maladie d'Alzheimer en mars 2018.

Au cours du dernier exercice, soit du mois d'avril 2018 au mois de mars 2019, nous avons entrepris un vaste nombre de projets :

1. Nous avons participé à quatre foires de bénévolat organisées dans la communauté, incluant au Centre communautaire Monkland, à l'Université McGill, à l'Université Concordia et à l'Hôpital général juif. Nous avons aussi présenté nos services aux étudiants en langue du programme d'éducation des adultes de la Commission scolaire English Montreal.
2. Nous avons élargi notre programme d'ambassadeurs « Wayfinder ».
3. Le programme des Bénévoles en partenariat, ou programme VIP, compte 36 nouveaux bénévoles en santé mentale, qui ont reçu une formation d'une durée de six heures avec les ergothérapeutes des diverses unités.
4. Le programme de thérapie assistée par le chien est en pleine expansion, notamment en pédopsychiatrie et pour les balades avec des chiens de thérapie. Ces visites sont bénéfiques autant pour les patients et résidents que pour le personnel, car les chiens apportent un répit bienvenu à tous.
5. En collaboration avec les Auxiliaires, nous avons recruté seize bénévoles qui font la lecture aux nouveau-nés à l'Unité néonatale de soins intensifs (UNSI). Il s'agit de l'un de nos programmes les plus populaires.
6. Le programme MISSIVE de l'Hôpital Maïmonide a été déployé cette année dans tous nos établissements de soins de longue durée. Dans le cadre de ce programme, des bénévoles sont affectés quatre fois par semaine à nos CHSLD afin d'aider le personnel, mais aussi les observer dans leur travail et en retirer des apprentissages précieux.
7. Le Programme de vie pour les aînés de l'HGJ, encadré par une équipe de bénévoles spécialisés, vise à aider les personnes âgées à maintenir leur niveau de fonctionnalité et à prévenir le delirium pendant leur séjour dans trois unités principales de l'Hôpital.
8. Le Programme de liaison de l'Unité de soins intensifs (USI) continue à évoluer, les étudiants en médecine de l'Université McGill agissant comme personnes-ressources auprès des familles dont les proches sont soignés à l'USI.
9. Nos services en ligne ont été améliorés cette année, tous nos documents et formulaires électroniques ayant subi une refonte. Nous examinons également les moyens de promouvoir nos services, notamment à l'aide de moniteurs de télévision et d'un groupe Facebook exclusif.
10. Nous avons augmenté le placement de nos bénévoles dans les divers établissements et entendons poursuivre tout l'été les évaluations des besoins en bénévoles.

11. Notre programme de formation de bénévoles spécialisés s'étend à l'échelle du CIUSSS et couvre notamment l'aide avec les repas, les soins palliatifs, l'unité néonatale de soins intensifs, la sécurité (pour gérer les patients au comportement agressif), les loisirs et l'hygiène des mains. Nous travaillons continuellement à adapter la formation aux besoins courants.
12. Notre Programme de bénévolat en partenariat avec les patients s'est consolidé cette année, quinze nouveaux partenaires ayant intégré nos équipes, portant à 45 le nombre total de nos partenaires au sein du CIUSSS. Leur participation à plusieurs comités a rehaussé nos alliances avec les patients.
13. Nous nous préparons à distribuer aux bénévoles qui quittent nos services des questionnaires de départ afin d'être en mesure d'évaluer nos forces et faiblesses.
14. Nous lançons un nouveau programme de bénévolat avec la Fondation de l'Hôpital général juif pour élargir les possibilités de bénévolat en partenariat avec la communauté. Les bénévoles seront affectés une demi-journée aux services désignés, contribuant ainsi à notre culture de partenariat.
15. En juillet 2019, le bureau des Services de bénévolat de l'HGJ sera désormais situé à l'entrée principale.

Les objectifs pour les services de la bénévoles 2019-2020 sont :

- Infolettre CIUSSS mensuelle accessible en ligne et mettant en vedette une unité spécifique, sa mission, un bénévole, les projets en cours, etc.
- Développer un système de signature en ligne pour l'ensemble des sites du CIUSSS pour permettre aux bénévoles d'enregistrer leurs arrivées et départs

### **5.2.8 Les services de pastorales et de récréologie ont réalisé les activités suivantes en 2018-19 :**

- Nous avons mis au point le programme « iPod » dans le cadre duquel des membres de nos équipes ont discuté avec les résidents de leurs préférences musicales puis leur ont préparé une liste personnalisée de leur musique préférée.
- Le vernissage des œuvres des résidents, organisé par l'art-thérapeute, a été couronné de succès.
- Les activités et concerts en fins de semaine se sont poursuivis toute l'année, pour le plus grand plaisir du personnel, des résidents et de leurs familles. Des offices religieux sont aussi offerts tous les jours, au besoin. Les bénévoles, le personnel et le rabbin organisent le transport des usagers.
- Le rabbin anime aussi des séances de sensibilisation à la culture et poursuit ses tournées hebdomadaires auprès des résidents et de leurs familles.
- Les éducateurs ont expérimenté la thérapie assistée par des animaux mécaniques et ont constaté une réaction très positive chez les résidents.
- Les services du Dr Clown sont maintenant offerts dans trois CHSLD et à l'HGJ.
- Les comités « Milieu de vie » ont été établis à l'échelle du CIUSSS et comptent des représentants de divers services, des résidents et des membres de leurs familles.

- Lors de grands évènements, les musicothérapeutes jouent pour le personnel et les patients de l'unité de santé mentale, de l'unité des soins gériatriques, de l'unité d'oncologie et de certains services de l'HGJ. La musicothérapie est également bien implantée à l'Hôpital Mont-Sinaï.
- Le Festival de jazz de l'HGJ a célébré son 20<sup>e</sup> anniversaire en 2019.
- Les soins gériatriques de l'HGJ ont embauché un nouvel éducateur chargé d'animer, entre autres, les activités et les jeux de stimulation de la mémoire et de la créativité. Nous avons constaté une énorme amélioration dans la vie de notre personnel et de nos patients.
- Le Centre Miriam reçoit au moins une fois par mois la visite d'un membre du Service de la pastorale.
- D'importantes rénovations ont été terminées au Centre Henri-Bradet. Les résidents logés temporairement à l'HGJ ont repris leurs chambres et aiment les nouvelles installations et les nouveaux programmes. L'éducateur faisait partie de l'équipe de conseillers ayant participé à la planification des rénovations. Le Centre a également aménagé une salle pour des cours de pâtisserie et les activités attirent plus de participants que jamais.

### 5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total Missions
Nombre de mise sous garde préventives	816				816
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous gardes provisoires présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	49*
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	49		Max 20*		49+20=69 max*
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentés au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	244

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	225				225
--	-----	--	--	--	-----

\* Un maximum d'une vingtaine de garde provisoires obtenues directement par des intervenants sociaux du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (donc sans représentation par avocat) pour cette année financière. Par ailleurs, nous constatons une augmentation significative du nombre de gardes provisoires en 2018-2019 en comparaison avec 2017-2018. Ceci s'explique par l'adoption du Cadre de référence MSSS et la décision de la Cour d'appel de mars 2018 qui ont apporté un plus grand éclairage sur l'interprétation des règles applicables. Le protocole de mise sous garde en établissement adopté par notre conseil d'administration le 11 avril 2019 permettra de consolider ces acquis.

#### 5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le rapport de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services peut être consulté en ligne à [https://cdn.ciusscentreouest.ca/documents/ciusscoim/A\\_propos\\_de\\_nous/Rapports/Rapport de la Commissaire aux plaintes et a la qualite des services/Rapport de la Commissaire aux plaintes et a la qualite des serv\\_ices\\_2018-2019.pdf?1566908914](https://cdn.ciusscentreouest.ca/documents/ciusscoim/A_propos_de_nous/Rapports/Rapport_de_la_Commissaire_aux_plaintes_et_a_la_qualite_des_services/Rapport_de_la_Commissaire_aux_plaintes_et_a_la_qualite_des_serv_ices_2018-2019.pdf?1566908914)

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

**Données pour l'ensemble du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal**

**Du 10 décembre 2017 au 31 mars 2019**

Activité	Information demandée	10 décembre 2017 - 31 mars 2018	1 <sup>er</sup> avril 2018 - 31 mars 2019
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	449	1 743

Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	3	27
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	8	47
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	5	26
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	5	23
		2 patients inaptes 2 patients décédés avant la fin du processus 1 patient ne satisfait pas aux critères	8 patients décédés pendant le processus 5 patients ont changé d'avis 6 patients non éligibles 2 patients transférés 2 en cours de processus

## 7. LES RESSOURCES HUMAINES

### 7.1 Direction des ressources humaines, communications, affaires juridiques et sécurité globale

#### Réalisations

L'année 2018-2019 a été marquée à nouveau par des enjeux de recrutement liés à la rareté des ressources. Dans une optique de recrutement stratégique et afin d'accroître la visibilité du CIUSSS, un plan de marketing et communication a été mis en place. Une image corporative et un nouveau slogan, Dessine ta carrière, ont été créés pour les campagnes de recrutement. De nombreuses activités tel que des événements portes ouvertes, participation à des foires d'emploi et salons carrières se sont tenues tout au long de l'année. De plus, une réingénierie complète du processus de dotation a été faite dans le but d'accroître l'expérience client / candidat.

Pour la première fois, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été nommé un des meilleurs employeurs de Montréal en 2019. L'Hôpital général juif avait auparavant reçu cette mention depuis 2013.

La Direction des ressources humaines, communications, affaires juridiques et sécurité globale poursuivi ses efforts d'harmonisation afin d'assurer l'efficience de ses services. En effet, l'accueil des nouveaux employés a été complètement révisé et est maintenant harmonisé pour l'ensemble du personnel du CIUSSS. Cette demi-journée corporative renseigne notamment sur la mission, la vision et les valeurs de l'organisation.

Un programme de développement du leadership a été conçu et prévoit un microprogramme universitaire en gestion ainsi qu'un parcours à l'interne afin d'outiller et de préparer les candidats à la relève pour des postes de cadres intermédiaires.

Deux évènements à l'intention des gestionnaires ont été organisés en 2018-2019. Ces Rendez-vous des leaders se veulent une occasion de réseautage, de soutien et de formation.

Un programme d'engagement et de reconnaissance a été élaboré à l'automne 2018. Des activités ont été organisées sur tous les sites pour souligner le temps de Fêtes. Le programme prévoit également au printemps 2019 des évènements de reconnaissance d'années de service et de retraite et un plan de communication sur les saines habitudes de vie.

Cette année a été une année particulièrement importante et active en lien avec la négociation des dispositions locales des conventions collectives. Au terme de plusieurs mois de discussions, des conventions collectives ont été signées pour deux unités d'accréditation. Ces nouvelles dispositions sont plus adaptées à la réalité de gestion d'une organisation de grande envergure, permettront une organisation du travail favorisant la prestation de soins et services de qualité et en quantité suffisante, tout en assurant des conditions de travail avantageuses pour le personnel.

En matière de promotion de la santé, sécurité et du mieux-être au travail, la DRHCAJ a mis sur pied à la fin de l'automne 2018 son équipe de soutien à l'amélioration de la prévention dans le cadre du projet Virage prévention du Ministère de la santé et des services sociaux, dont l'objectif est l'amélioration de la présence au travail et développement ou maintien d'un environnement de travail sain, sécuritaire, mobilisateur et attractif

Cette équipe est mandatée pour accompagner les gestionnaires et les équipes dont le service ou l'unité est en difficulté en matière de présence au travail et d'élaborer à la lumière d'un diagnostic un plan d'action visant la mise en place de mesures préventives ou correctives immédiates afin d'améliorer la présence au travail.

Un projet pilote sur l'assignation temporaire, en collaboration avec la direction des soins infirmiers, a aussi été mis sur pied. Il vise à mettre en place des conditions favorables au maintien au travail et au prompt retour au travail après une absence et ce, afin d'assurer la continuité des soins et des services. Cette approche favorise la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre.

Dans l'optique de favoriser un climat de travail sain, plusieurs formations ont été données dans les équipes de travail pour promouvoir la civilité et la prévention du harcèlement et de la violence au travail. De l'accompagnement des gestionnaires a eu lieu pour la résolution de conflits, la médiation et le rétablissement des liens d'équipe.

En mai 2018, une équipe composée de 19 membres du personnel, dont le capitaine était la DRHCAJ, a participé à la quatrième édition de l'évènement-bénéfice Corps & Âme. Les fonds recueillis par l'équipe, soit plus de 12 000\$, ont été versés à la Fondation de l'Hôpital général juif en appui à des initiatives visant à promouvoir la santé mentale et le bien-être du personnel du CIUSSS. Ces fonds ont servi à l'organisation d'activités de promotion de la santé dont des sessions de méditation offertes aux employés et financeront également un nouveau programme qui verra le jour au printemps 2019, soit le programme Stigma Zéro visant à contribuer à un climat de travail tolérant et inclusif qui offre un réseau social de soutien aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Toutes ces actions visent à assurer l'attraction, la rétention, la reconnaissance, le développement et le mieux-être du personnel et ont une incidence directe sur la qualité des soins et services dispensés à nos clientèles.

Les résultats de ces initiatives se reflètent d'ailleurs dans nos indicateurs de performance avec un taux de roulement qui se situe pour l'année 2018-2019 à 11,12%, en baisse par rapport à l'année 2017-2018 et en deçà de la moyenne pour la région de Montréal de 12,92% pour la même période. Le taux de rétention est à 85,39% pour l'année 2018-2019, supérieur à l'année précédente et se comparant très favorablement à la moyenne nationale de 80,22%.

Le ratio d'heures d'assurance salaire du CIUSSS du Centre-Ouest-de l'Île-de-Montréal se situe à 5,62 en fin d'année 2018-2019. Tout de même, le CIUSSS Centre-Ouest est l'établissement le plus performant de la province avec un taux de 5,54 à la P6 de 2018-2019. La moyenne de l'ensemble du Québec se situe à 7,60 pour la même période, soit un écart significatif de 2,06.

## **Affaires juridiques**

### **□ Droit du travail**

Négociation de 2 ententes sur les dispositions locales et une décision arbitrale favorable.

Diminution considérable du nombre de dossiers de relation de travail et de santé et sécurité confiés à l'externe. Volume important de dossiers (132 nouveaux dossiers ouverts excluant les avis juridiques)

## □ **Droit de la santé**

Rapatriement à l'interne de tous les dossiers de garde en établissement, de soins et d'hébergement et de Tribunal administratif du Québec siégeant à titre de commission d'examen en vertu du Code criminel. Le volume de dossiers judiciaires en santé mentale a plus que doublé depuis 2017 et la tendance vers la hausse se maintient (voir chiffres fournis pour la complétion du formulaire AS-471) Au quotidien, cela implique la rédaction de procédures judiciaires, des échanges multiples avec le personnel et le représentant du patient pour obtenir les informations pertinentes requises pour les procédures judiciaires, des rappels des délais juridiques strictes à respecter, représentations quotidiennes à la cour pour obtenir les ordonnances judiciaires requises, le tout afin de s'assurer que l'HJG et ses médecins et psychiatres soient conformes à la loi.

Formations données par l'équipe juridique sur les gardes en établissement, les ordonnances judiciaires de soins et d'hébergement et les dossiers du TAQ (criminel) aux personnel en santé mentale du CIUSSS.

Participation aux réunions de service en psychiatrie et travail en continu avec le département de psychiatrie pour discuter des règles juridiques à respecter afin d'assurer que les droits des usagers sont respectés et mettre en place les bonnes pratiques en la matière.

Adoption par le conseil d'administration du protocole sur les gardes en établissement requis par le nouvel article 118.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les affaires juridiques sont responsables l'application de ce protocole et plusieurs travaux en découlent pour l'année fiscale en cours.

Formations données, conjointement avec un avocat du Curateur public, sur les régimes de protection aux divers intervenants SAPA et longue durée du CIUSSS.

Participation continue à de nombreux comités internes et soutien aux conseils professionnels de l'établissement et du bureau de la DSP.

## □ **Divers**

Soutien continu au conseil d'administration et à ses sous-comités ainsi qu'aux directions du CIUSSS. Avis juridiques donnés quotidiennement aux directeurs et aux gestionnaires et aux membres du personnel avec l'autorisation de leur gestionnaire.

Participation à la révision de politiques et procédures (sur la maltraitance par exemple), conseils et soutien pour le rapatriement des dossiers RPA sur le territoire du CIUSSS.

Gestion des poursuites et réclamations en assurant le lien entre la DARSSS et le CIUSSS et ses établissements regroupés.

## □ **Droit des contrats et approvisionnement - LCOP**

Révision de contrats de tout type par tous les membres de l'équipe. Volume important et croissant de demandes de révision de contrats.

Mise à jour des pratiques à la lumière des changements législatifs (AMP).

Adoption de la politique et procédure sur la gestion des plaintes en matière d'approvisionnement.

Participation au projet de télétravail du CIUSSS.

Soutien quotidien à la direction de la logistique et aux membres de l'équipe d'approvisionnement.

Révision de plus de 1 000 contrats de recherche pour le LDI

## □ **Gestion des demandes d'accès à l'information**

Projet pilote avec les huissiers (contrat octroyé à la suite d'un appel d'offre) pour transmettre les procédures judiciaires via leur plateforme Web permettant de réduire le nombre de déplacement des huissiers à l'HGJ pour chaque demande et donc tempérer les coûts.

Défi: répondre à la demande croissante à effectif réduit et rester un lieu de travail attractif compte tenu des offres de postes d'avocat dans le réseau de la santé à Montréal.

## **Communications et Relations médias**

### **Média**

- Nombre total d'appels des médias : 124 en français, 96 en anglais;
- 45 communiqués de presse;

- Campagne sur le service Info-Santé 8-1-1 dans les médias sociaux : trois vidéos de témoignages du personnel ont attiré un plus grand nombre de curriculum vitae que les méthodes traditionnelles;
- Vidéo *Front-Line Connections* vue plus de 3 000 fois;
- Tempête de neige de février 2019 : annonce de ‘stationnement gratuit’ publiée sur Facebook – 50 288 personnes jointes, dont 1 240 mentions ‘j’aime’ et 550 partages;
- La campagne promotionnelle ‘Carnet de santé’ a touché plus de 7 700 personnes;
- La vidéo *Living Library* produite avec l’Unité de santé mentale a rejoint plus de 6 500 personnes, générant 40 mentions ‘J’aime’ et 798 clics;
- Nombre de visites sur le site Web du CIUSSS : 641 986;
- Nombre de visites sur le site jgh.ca : 1 848 584;
- Facebook : 5 105 abonnés;
- Instagram : 247 abonnés;
- LinkedIn : 989 connexions; □ Balados : 13 abonnés, 3 591 écoutes;
- Twitter : 2 299 abonnés.

### **Balados**

- Une série en plusieurs parties sur les bébés et les nouvelles familles créée pour augmenter le taux d’écoute a été suivie par plus de 1 000 personnes; □ La série était également disponible en français;
- Nombre total de balados créés : 19.

### **Vidéos**

Rapport du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal : 3 épisodes.

### **Affaires politiques**

- Visites de David Levy, Consul général d’Israël, de Lionel Carmant, candidat de la CAQ et futur ministre de la Santé, de Marc Gold, sénateur, et de Sue Montgomery, mairesse de Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce;
- Sommet des élus (présence de 1 ministre, 3 députés, 3 maires, 12 conseillers).

### **Nouvelle conception de sites Web**

- Les nouveaux sites Web du CIUSSS et de l’HGJ ont été lancés en décembre 2018. Entièrement dirigés par le comité des usagers du CIUSSS, les sites ont été testés par les utilisateurs et sont conviviaux et faciles d’accès;
- Le déploiement de la phase II, englobant toutes les autres directions, est prévu pour le 13 juin 2019.

**Publications** – Plusieurs publications ont été créées par notre équipe incluant 360 (mensuelle), *Bien-être* (annuelle), *Nouvelles JGH* (hebdomadaire), *Le Pont* (pour les cadres seulement), bulletins pour les familles (mensuels), *Simplexity* (mensuelle) et *En quelques mots* (mensuelle).

## **Projets spéciaux**

- L'équipe des Communications a lancé, en mars 2019, une campagne de recrutement pour du personnel infirmier en soins actifs en collaboration avec le Service des soins infirmiers et les Ressources humaines;
- La campagne de recrutement novatrice, « Dessine ta carrière », a été adoptée avec beaucoup d'enthousiasme par l'équipe des RH;
- Le CIUSSS a tenu une séance publique d'information le 7 novembre 2018;
- Une campagne de communication a été lancée avec les RH sur le classement du CIUSSS parmi les « Meilleurs employeurs de Montréal ».

## **HGJ**

- Agrément : mise à jour des éléments d'affichage dans les établissements du CIUSSS incluant sur la « Mission et les valeurs » et les « Droits des usagers »;
- Projets de communication et appui sur divers projets dont l'agrément, le Programme de qualité de vie pour aînés hospitalisés (PVAH), les élections provinciales, la semaine sur la santé mentale, et le Centre de santé mentale et bien-être Elspeth McConnell;
- Conception d'un nouveau logo pour le Service du bénévolat en prévision de la première foire des bénévoles.

## **Première ligne**

- Forum sur les Services de première ligne tenu en décembre 2018 : l'équipe des Communications s'est chargée de l'invitation, du tournage et du développement du site Web;
- Campagne de communication sur la grippe ciblant nos partenaires, usagers et employés;
- Établissement d'un plan de marketing sur le service Info-Santé 8-1-1.

## **Réadaptation**

- Dévoilement des nouvelles désignation et identité visuelle du Centre LethbridgeLayton-Mackay le 14 février;
- Coordination des communications du CIUSSS sur l'ouverture officielle de l'école Philip E. Layton à Notre-Dame-de-Grâce.

## **Planification sur la gestion des crises**

- Exercice de simulation tenu le 4 février 2019 pour préparer l'équipe des Communications à une crise réelle. Quatre simulations prévues pendant l'année, sans avertissement préalable;
- L'équipe des Communications a participé à la gestion de trois crises sur une période de trois mois : la tempête de février, le rappel des stimulateurs cardiaques et le rappel des implants mammaires texturés. Parmi les mesures prises, citons l'envoi de courriels au

personnel, la mise sur pied de lignes d'urgence, la publication de messages dans les médias sociaux et des mises à jour sur le site Web.

### **Projets spéciaux □ Ressources humaines**

- Nouvelles vidéos pour le recrutement de personnel infirmier;
  - Conception d'annonces pour le recrutement en ressources humaines et en soins infirmiers;
  - Déploiement de la campagne de communication sur le classement du CIUSSS parmi les « Meilleurs employeurs de Montréal »;
  - Développement et déploiement d'une campagne de communication sur l'évènement *Mindstrong*.
- **Bons coups** – Poursuite de la tournée du vernissage « Une pose de bonheur » dans les établissements du CIUSSS.
  - **Conseils d'administration** – Bulletins Info-CA publiés dans le site Web du CIUSSS pour communiquer les activités des conseils et les questions abordées pendant leurs réunions.
  - **GRH-Paie** – Campagne de communication élaborée pour tenir le personnel informé.
  - **Programme de mieux-être des employés** – Rôle de soutien pour tenir le personnel au courant des événements à ce chapitre.

## **7.2 La gestion et contrôle des effectifs**

Voir tableau « Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs »

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

Les investissements importants dans différents programmes, dont le SAPA, et la conversion d'autres charges en postes ont fait augmenter le nombre d'ETC, mais sont justifiés.

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

11045176 - CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Total des heures rémunérées 2014-04-06 au 2019-03-30 (Comparaison sur 364 jours pour avril à mars)					Variation de 2014 à 2018
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	
1 - Personnel d'encadrement	787 131	728 038	666 397	598 526	580 565	(26,2 %)
2 - Personnel professionnel	1 861 768	1 873 086	1 909 145	2 034 834	2 204 555	18,4 %
3 - Personnel infirmier	3 902 875	3 899 639	3 995 849	4 125 003	4 214 648	8,0 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	5 912 061	5 810 479	5 827 084	5 729 479	5 971 957	1,0 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 272 402	1 245 917	1 324 377	1 320 655	1 333 243	4,8 %
6 - Étudiants et stagiaires	8 168	6 706	3 546	2 159	2 750	(66,3 %)
<b>Total du personnel</b>	<b>13 744 406</b>	<b>13 563 865</b>	<b>13 726 399</b>	<b>13 810 657</b>	<b>14 307 718</b>	<b>4,1 %</b>

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019	13 913 393
Écart à la cible	394 325
Écart à la cible en %	2,8%

### La sécurité globale

Cette année, une mise à jour du guide des mesures d'urgence a été faite et 600 exemplaires ont été distribués dans nos 29 bâtiments. Ceci a pour objectif d'améliorer la sécurité de notre personnel en optimisant leurs connaissances en matière de mesures d'urgence.

Également, plus de 7500 employés ont été formés à ce jour en matière de sécurité et des mesures d'urgence.

Dans l'optique de rehausser la performance du service de sécurité globale pour améliorer la sécurité des usagers et du personnel, il y a eu harmonisation des directives de sécurité à l'ensemble des équipes de sécurité du CIUSSS et une intégration complète des secteurs de la sécurité et des mesures d'urgence.

Vingt (20) agents de sécurité ont reçu la formation Intervention en situation de crise et maîtrise d'une personne violente en milieu hospitalier à l'Hôpital général juif. Ainsi, le personnel de la sécurité est maintenant mieux outillé pour intervenir efficacement lors de situations à potentiel de violence et assurer la sécurité de tous.

## 8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le rapport peut être consulté en ligne à [https://cdn.ciusscentreouest.ca/documents/ciusscoim/A\\_propos\\_de\\_nous/Rapports/Rapport\\_financier/60603\\_1104-5176\\_AS-471\\_20182019\\_V1\\_0\\_FINAL\\_.pdf?1566848174](https://cdn.ciusscentreouest.ca/documents/ciusscoim/A_propos_de_nous/Rapports/Rapport_financier/60603_1104-5176_AS-471_20182019_V1_0_FINAL_.pdf?1566848174).

## 8.1 Les états financiers

### Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Charges brutes par programme-services (non-auditées)						
Programmes - Services	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Santé publique	6 158 515	0,8	5 825 565	0,8	332 950	1,1
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	78 090 580	9,9	80 894 394	10,6	(2 803 814)	(8,9)
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	142 735 514	18,0	132 820 195	17,4	9 915 319	31,6
Déficiences physiques	23 205 734	2,9	21 745 660	2,9	1 460 074	4,7
Déficiences intellectuelles et TSA	33 583 418	4,2	30 693 238	4,0	2 890 180	9,2
Jeunes en difficulté	6 237 265	0,8	5 904 811	0,8	332 454	1,1
Dépendances	1 739 804	0,2	1 626 334	0,2	113 470	0,4
Santé mentale	24 537 063	3,1	21 301 208	2,8	3 235 855	10,3
Santé Physique	292 461 780	36,9	280 088 994	36,8	12 372 786	39,4
Administration	56 739 657	7,2	52 706 926	6,9	4 032 731	12,8
Soutien aux services	55 392 670	7,0	54 398 608	7,1	994 062	3,2
Gestion des bâtiments et des équipements	72 053 376	9,1	73 527 787	9,7	(1 474 411)	(4,7)
<b>Grand total par programmesservices</b>	<b>792 935 376 \$</b>	<b>100%</b>	<b>761 533 720 \$</b>	<b>100%</b>	<b>31 401 656</b>	<b>100%</b>

## 8.2 L'équilibre budgétaire

Le CIUSSS de Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a terminé l'année avec un déficit de 5 557 578\$ dans le fonds d'exploitation et un surplus de 449 883\$ dans le fonds d'immobilisation.

Le déficit dans le fonds d'exploitation est composé d'un déficit de 7 069 034\$ dans les activités principales et un surplus de 1 511 456\$ dans les activités accessoires.

Le déficit dans les activités principales est composé de quatre éléments structurels qui sont hors contrôle de l'établissements et qui ont été présentés et reconnus par le MSSS. Par conséquent, le CIUSSS n'a pas respecté son obligation légale de maintenir globalement l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus.

## 8.3 Contrats de services

### Contrats de services 2018-2019

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique	72	10 738 065.29 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	316	47 604 833.62 \$
Totale des contrats de services	388	58 342 898.91 \$

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

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve                    O : Observation                    C : Commentaire

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

R : Régulé                    PR : Partiellement Régulé                    NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
Tel qu'exigé par le ministère de la santé et des services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société Québécoise des Infrastructures sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables agréés, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2012-2013	R	Aucune, car directive du MSSS			NR
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
La compilation de l'unité de mesure « usager » n'est pas conforme aux définitions du MGF. Le système de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés. Il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site.	2014-2015	C	Cette déficience est abordée par l'intégration de tous les systèmes du CIUSSS en lien avec la mise en place d'un système de rendez-vous central			NR
L'unité de mesure « Appel répondu » pour le centre d'activité 6090 – Info-Santé et l'unité de mesure « le nombre d'appels » pour le centre d'activité 5970 - Info-Social n'ont pu être validée avec exactitude car il n'a pas été possible de générer des rapports détaillé des appel traités qui sont reportés au sommaire cumulatif annuel pour ces centres d'activités.	2015-2016	C	Causé par les limites du système, ceci sera abordé avec le MSSS.			NR

Les unités de mesure " les heures de prestation de services " et "l'utilisateur" du centre d'activité 8002 - Évaluation, expertise et orientation-déficience physique n'ont pas fait l'objet d'une compilation.	2015-2016	C	Cette déficience sera corrigée pour l'année financière 2019-2020.		PR	
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2012-2013	C	Relié aux limites du système.			NR
<i>Rapport à la gouvernance</i>						

Le rapport financier peut être consulté en ligne à [https://cdn.ciusscetreouest.ca/documents/ciussscoim/A\\_propos\\_de\\_nous/Rapports/Rapport financier/60603\\_1104-5176\\_AS-471\\_20182019\\_V1\\_0\\_FINAL\\_.pdf?1566848174](https://cdn.ciusscetreouest.ca/documents/ciussscoim/A_propos_de_nous/Rapports/Rapport_financier/60603_1104-5176_AS-471_20182019_V1_0_FINAL_.pdf?1566848174).

## **10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES**

Aucun acte répréhensible n'a été constaté en 2018-2019.

## **11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

Le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), géré par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, comprendra de l'information à ce sujet dans son propre rapport annuel.

# **ANNEXE 1 : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS**

## **Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal Adopté le 14 avril 2016**

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

## 2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 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 lobbisme* (RLRQ, chapitre T11.011).

## 3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Personne raisonnable* : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>2</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

---

<sup>2</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.

d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

## **Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE**

### **7. Principes d'éthique**

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

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

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

## 8. Règles de déontologie

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

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

### 8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

### 8.2 Respect et loyauté

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

### 8.3 Impartialité

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

#### **8.4 Transparence**

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

#### **8.5 Discrétion et confidentialité**

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

#### **8.6 Considérations politiques**

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

#### **8.7 Relations publiques**

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

#### **8.8 Charge publique**

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

## **8.9 Biens et services de l'établissement**

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

## **8.10 Avantages et cadeaux**

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

## **8.11 Interventions inappropriées**

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

## **Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS**

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

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

**11.** Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires.

De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
- c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
- d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

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

**13.** Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.

**14.** Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

**15.** La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

## **Section 4 – APPLICATION**

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

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

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

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

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

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

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

## **18. Comité d'examen ad hoc**

**18.1** Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut

être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

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

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

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

#### 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.

### **Annexe I – Engagement et affirmation du membre**

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, membre du conseil d'administration du –CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le 14 avril 2016, 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 CIUSSS.

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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et je m'engage à m'y conformer.

<b>Signature</b>	<b>Date</b> [aaaa-mm-jj]	<b>Lieu</b>
<b>Nom du commissaire à l'assermentation</b>	<b>Signature</b>	

### **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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal 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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-deMontréal, 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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-deMontréal.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal 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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :

##### **1. Intérêts pécuniaires**

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### **2. Titre d'administrateur**

Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du \_\_\_\_\_.

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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal 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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature**

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

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

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

<p>Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :</p> <p>_____</p>		
<p>Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la <i>Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels</i> (RLRQ, chapitre A-2.1).</p>		
<p>Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.</p>		
_____ <b>Signature</b>	_____ <b>Date</b> [aaaa-mm-jj]	_____ <b>Lieu</b>

## Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d’examen

<p>Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j’aurai eu connaissance dans l’exercice de mes fonctions d’administrateur.</p> <p>_____</p>		
_____ <b>Signature</b>	_____ <b>Date</b> [aaaa-mm-jj]	_____ <b>Lieu</b>

