

2018-2019

Rapport annuel



Centre universitaire
de santé McGill



McGill University
Health Centre

TABLES DES MATIÈRES

1. Le message des autorités	3
2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	5
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants	7
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	15
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	29
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	48
7. Les ressources humaines	50
8. Les ressources financières	53
9. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....	57
10. La divulgation des actes répréhensibles	62
Annexe: Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	64



1. Le message des autorités

Chers lecteurs,

Nous sommes heureux de vous présenter le rapport annuel de gestion du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), conformément à la circulaire 2019-010 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Vous y trouverez notamment les déclarations de fiabilité des données, les états financiers et l'analyse des résultats des opérations pour l'année 2018-2019.

Cette année 2018-2019 fut marquée par un nouvel élan dans la gouvernance de CUSM. Les nouveaux membres indépendants du conseil d'administration ont débuté en septembre 2017. Leur première réalisation fut de recommander au ministre la nomination d'un nouveau président-directeur général : le Dr Pierre Gfeller a débuté dans ce rôle en mai 2018.

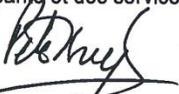
Une des premières tâches de l'équipe de direction renouvelée fut de réaliser une analyse structurée du contexte de notre organisation, ce qui a permis d'identifier certaines priorités clés, dont l'intégration de nos processus cliniques et administratifs, la dotation de tous les postes de direction, la clarification du lien de gouvernance avec notre institut de recherche et la définition de la structure de cogestion médicale. Nous sommes fiers de constater qu'en cette fin d'année financière, l'ensemble de nos objectifs sont soit réalisés ou en bonne voie de l'être, et que la qualité et la sécurité des soins offerts à nos patients demeure, encore et toujours, à l'avant-plan de nos préoccupations.

La participation de nos patients et de leurs familles, au cœur de notre organisation, constitue l'assise principale de notre plan. Nous souhaitons mentionner que lors du récent processus d'agrément de notre organisation, en tout début d'année 2019-2020, l'équipe d'Agrément Canada a dit avoir découvert une culture de partenariat et d'engagement des patients, d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et des services, de la gestion des risques, ainsi que d'innovation, et que cette culture se manifeste à tous les niveaux de l'organisation et dans tous les sites de l'établissement.

Plus que jamais, notre organisation est bien positionnée afin de poursuivre et de réaliser ses projets, comme la modernisation de l'Hôpital de Lachine et de l'Hôpital général de Montréal. Dans le cadre de sa démarche stratégique, le conseil d'administration esquisse d'ailleurs une vision de l'avenir du CUSM, soit un établissement centré sur ses patients, faisant une utilisation judicieuse des données et dont les membres travaillent en synergie et mettent de l'avant l'apprentissage continu. Nous nous sommes également engagés à renforcer nos partenariats avec le RUIS McGill, nos hôpitaux affiliés, l'Université McGill, notre institut de recherche et bien entendu, nos patients et leurs familles. Le CUSM doit pleinement assumer son rôle de leader au sein du RUIS.

L'année 2018-2019 fut aussi marquée par l'innovation, avec des projets comme la très prometteuse application OPAL pour l'accès à des données médicales personnalisées, l'accélération des nouvelles technologies et l'accent mis sur la recherche. Cette année fut d'ailleurs ponctuée de nombreux prix et distinctions, dont le Prix du public Québec Science Découverte de l'année 2018 pour l'IR-CUSM. Par ailleurs, notre institut de recherche fut, encore cette année, récipiendaire de subventions majeures, notamment pour la lutte contre le cancer. Mentionnons enfin que 2018-2019 fut aussi une année de grandes premières pour le CUSM, avec des découvertes majeures dans les domaines de la cardiologie, de la génomique, de la traumatologie et de l'orthopédie. Les détails, ainsi que d'autres nouvelles, sont disponibles à la section 3.3 – Faits saillants.

Pour tous ces progrès et accomplissements, nous tenons par-dessus tout à reconnaître nos équipes et nos partenaires, dont le dévouement, l'engagement et la collaboration soutenus sont des éléments essentiels à notre succès. De même, nous sommes confiants que notre processus de transformation et d'amélioration continue se poursuivra au cours des prochaines années, au grand bénéfice de notre mission de partenaire et de leader dans le réseau de la santé et des services sociaux.


Peter Kruyt
Président du conseil d'administration


Dr Pierre Gfeller MD CM MBA
Président-directeur général



2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents



Pierre Gfeller MD CM MBA

Président-directeur général
President and
Executive Director

Site Glen
Glen site
C05.3031-1001 boul Décarie
Montréal QC H4A 3J1
CANADA

Tél 514 843-1447
Fax 514 934-8099

pierre.gfeller
@muhc.mcgill.ca

cusc.ca muhc.ca

Objet : DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES
Annexe 2 à la circulaire 2019-010 (03.01.61.19)

Madame,
Monsieur,

À titre de Président-directeur général, je confirme que les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

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

Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne. Un rapport a été produit à cet effet.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) :

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

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

Pierre Gfeller, MD CM MBA
Président-directeur général, CUSM



3. La présentation de l'établissement et les faits saillants

L'établissement

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), établi à Montréal, au Québec, est le centre hospitalier universitaire adulte et pédiatrique affilié à l'Université McGill et l'un des centres hospitaliers universitaires les plus complets en Amérique du Nord. Il intègre l'Hôpital Royal Victoria (« HRV »), l'Hôpital général de Montréal (« HGM »), l'Institut thoracique de Montréal, l'Hôpital de Montréal pour enfants (« HME »), l'Hôpital neurologique de Montréal (« Neuro »), de même que l'Hôpital de Lachine et le pavillon Camille-Lefebvre.

Le CUSM figure parmi les meilleurs centres hospitaliers universitaires offrant des soins tertiaires et quaternaires (complexes). Fort du leadership médical de ses hôpitaux fondateurs, le CUSM offre des soins multidisciplinaires, d'une qualité exceptionnelle, centrés sur les besoins du patient et dans un environnement bilingue. Affilié à la Faculté de médecine de l'Université McGill, le CUSM contribue à l'évolution de la médecine pédiatrique et adulte en attirant des sommités cliniques et scientifiques du monde entier, en évaluant les technologies médicales de pointe et en formant les professionnels de la santé de demain. Le CUSM est le principal pôle de développement et de transfert de connaissances par ses activités intégrées de soins, d'enseignement, de recherche, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, ainsi que de qualité et d'expérience patient. Le CUSM compte 11 890 employés, 1 401 médecins et 1 522 bénévoles.

Le CUSM est fier de la qualité et de la rigueur de la formation clinique et scientifique qu'il offre. Chaque année, il forme quelque 1 400 résidents, pharmaciens, dentistes et fellows, 2 100 infirmiers et infirmières, de même qu'environ 560 étudiants en médecine et 330 étudiants de programmes techniques et professionnels. Les programmes de formation continue font également partie intégrante de la prestation de soins aux patients. Tous les médecins du CUSM sont nommés professeurs à la Faculté de médecine de l'Université McGill.

L'Institut de recherche du CUSM (« IR-CUSM ») est un centre de recherche de réputation internationale et le troisième plus important établissement de recherche au Canada dans le domaine des sciences médicales et des sciences de la vie, avec un financement annuel dépassant les 180 millions de dollars. Il accueille plus de 446 membres actifs, y compris des chercheurs en science fondamentale, clinique et évaluative, 1 260 étudiants, dont 390 à la maîtrise, 505 au doctorat et 216 au postdoctorat, et environ 150 stagiaires en recherche clinique. L'institut compte également plus de 1 100 membres du personnel de recherche et de l'administration. Parmi les faits saillants qui font la renommée de l'IR-CUSM figurent : plus de 1 900 publications scientifiques annuelles revues par les pairs ; plus de 2 000 conférences données par les chercheurs à travers le monde ; des projets de recherche en cours dans une soixantaine de pays ; des contrats de licence d'une valeur totale de plusieurs millions de dollars pour deux portefeuilles de propriété intellectuelle ; plus de 360 contrats de recherche et 444 ententes signées.

La mission du CUSM se définit comme suit :

- Offrir des soins spécialisés et complexes d'une qualité exceptionnelle et empreints de compassion à la clientèle adulte et pédiatrique ainsi qu'à la famille ;
- Repousser les limites de la connaissance médicale par le biais de la recherche et intégrer ces nouvelles connaissances aux pratiques cliniques et académiques ;
- Dispenser un enseignement de qualité en sciences de la santé aux professionnels de la santé, aux administrateurs ainsi qu'à l'ensemble de la communauté ; et
- Évaluer l'introduction, l'acquisition et l'utilisation de nouvelles technologies en santé, de même que les méthodes d'organisation et de prestation des services.

RUIS-McGill

Le CUSM est le centre hospitalier universitaire (CHU) du réseau universitaire intégré de santé McGill (RUIS McGill). Les régions affiliées au RUIS McGill sont notamment l'Ouest de Montréal, l'Ouest de la Montérégie, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, le territoire Cri, le Nord-du-Québec et le Nunavik. Ces territoires représentent une population de 1,8 million d'habitants répartie sur 953 500 kilomètres carrés. Le RUIS McGill coordonne les services de santé tertiaires ainsi que les activités d'enseignement et de recherche sur son territoire et il fournit des soins spécialisés et des activités de formation aux régions.

Optilab

Finalement, le CUSM est fier d'avoir été choisi comme laboratoire serveur pour les établissements de la grappe Montréal-CUSM (regroupement de laboratoires) dans la mise en œuvre du projet Optilab. Le CUSM agit comme laboratoire serveur pour le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Le Conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

Conseil d'administration du CUSM

Membres indépendants

M. Peter Kruyt - Président
M. Deep Khosla
Mme Dale MacCandlish-Weil
M. James Cherry
M. Thomas Pitfield
M. Michal Piotr Kuzmicki
M. Kevin O'Farrell
Mme Mary-Anne Carignan
Mme Samira Sakhia
Dr Sarah Prichard

Membres nommés

Dr Pierre Gfeller, président-directeur général
Mme Suzanne Fortier - Université affiliée
Mme Laurie Snider - Université affiliée

Membres désignés

Dr Olivier Court - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Dr Anita Brown Johnson - Département régional de médecine générale
M. André Bonnici - Comité régional sur les services pharmaceutiques
M. Alain Biron - Conseil des infirmières et infirmiers
Mme Patricia Noël - Conseil multidisciplinaire
Mme Seeta Ramdass - Comité des usagers

Membre observateur (aucun droit de vote)

M. Bruce Shadeed - Fondation

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

Au cours de l'année courante, aucun cas traité ou manquement n'a été soumis au comité de gouvernance et d'éthique ou au conseil d'administration du Centre universitaire de santé McGill.

Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comités

Comité de gouvernance et d'éthique
Comité de vérification
Comité de vigilance et de la qualité
Comité des immobilisations
Comité de liaison de Lachine
Comité de gestion des risques
Comité de révision
Comité des usagers

Conseils et instances consultatives

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Conseil des infirmières et infirmiers
Conseil multidisciplinaire
Conseil pour les services aux enfants et aux adolescents
Conseil du personnel non-clinique
Conseil consultatif (Neuro)

Les faits saillants

Première mondiale en cardiologie : un « marteau-piqueur » pour guérir le cœur

Un fil-guide mis à l'essai pour la première fois au CUSM par le Dr Stéphane Rinfret, directeur du Programme de cardiologie interventionnelle du CUSM et médecin spécialisé en angioplasties complexes, pourrait aider les médecins à surmonter les défis techniques de l'angioplastie de l'occlusion chronique totale (OCT), une procédure non chirurgicale pour désobstruer les artères complètement bloquées. Grâce à son « effet marteau », le SoundBite™ Active Wire peut percer rapidement à des endroits où les autres guides échouent, rendant la procédure non seulement plus rapide et plus facile, mais aussi plus sécuritaire pour le patient. En Amérique du Nord, 300 000 patients pourraient tirer profit de cette nouvelle technologie susceptible de réduire le risque de complications et la nécessité de recourir à un pontage coronarien.

Une équipe de l'IR-CUSM remporte le prix du public Découverte de l'année 2018 de Québec Science

Un test de dépistage précoce et non invasif pour les cancers de l'utérus et de l'ovaire, mis au point par l'équipe de la Dre Lucy Gilbert de l'Institut de recherche du CUSM et des chercheurs de l'université John Hopkins aux États-Unis, a obtenu la faveur des lecteurs du magazine Québec Science parmi les 10 découvertes scientifiques de 2018. Le test PapSEEK a pour objectif de dépister plus tôt et de manière plus précise ces deux cancers qui sont parmi les plus mortels chez les femmes en Amérique du Nord et pour lesquels le taux de guérison n'a guère bougé au cours des 25 dernières années, en raison du diagnostic tardif.

Soulager la douleur chronique avec du cannabis, sans danger, et sans « high »

Dans la foulée de la légalisation du cannabis, une équipe de scientifiques dirigée par la Dre Gabriella Gobbi de l'Institut de recherche du CUSM et de l'Université McGill ont identifié la dose efficace de cannabidiol (CBD) à utiliser pour soulager la douleur de façon sécuritaire et sans provoquer l'état d'euphorie typique produit par le THC, le principal composé psychoactif du cannabis. La Dre Gobbi s'intéresse aux effets pharmacologiques du CBD, un autre composé extrait de la plante de cannabis, comme traitement de la douleur chronique ainsi que de l'anxiété et de la dépression qui y sont associées.

Le petit Liam rentre à la maison après une greffe du cœur tant attendue

Liam Dubois, un patient de l'Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM, est demeuré un an à l'hôpital dans l'attente d'une greffe de cœur. Maintenu en vie grâce à un cœur artificiel, il avait été hospitalisé à l'été 2017 pour une infection au cœur qui avait mené à une défaillance cardiaque. C'est le 27 juillet 2018 que Liam et sa famille ont appris qu'un cœur était disponible. Après une transplantation cardiaque réussie, d'une durée de 12 heures, et deux semaines de repos, Liam rentrait enfin chez lui. Suivi de près par TVA, son histoire a touché des téléspectateurs de partout au Québec, qui sont tombés en amour avec ce petit garçon courageux.

Une première canadienne dans le traitement de tumeurs au cerveau

Dans le cadre d'un projet de recherche international, des médecins de l'Institut et Hôpital neurologiques de Montréal (le Neuro) ont procédé à un traitement de radiothérapie précoce chez un patient de 45 ans immédiatement après le retrait chirurgical d'un glioblastome, une tumeur au cerveau. L'appareil de radiothérapie a été inséré directement dans la zone où la tumeur a été enlevée, pour diminuer les chances qu'elle ne revienne ; normalement, les patients doivent attendre de 3 à 5 semaines après une chirurgie au cerveau pour entamer un traitement de radiothérapie. La délicate intervention chirurgicale, d'une durée de six heures, s'est déroulée sous le regard attentif de médecins venus d'Europe et des États-Unis.

Encourager nos jeunes à devenir des innovateurs du futur

La Commission scolaire English-Montréal et l'Institut de recherche du CUSM ont mis sur pied un partenariat prometteur impliquant sept écoles secondaires et plusieurs laboratoires de l'IR-CUSM, afin d'engager les jeunes dans différents projets STIAM (Sciences, Technologie, Ingénierie, Arts et Mathématiques). L'objectif est d'offrir aux jeunes des outils pour dialoguer, explorer, et développer l'esprit critique et créatif dont ils ont besoin pour devenir des innovateurs du futur. Le lancement a eu lieu le 13 mars 2019 en présence du ministre des Transports, Marc Garneau, et de représentants officiels du CUSM et de la Faculté de médecine de l'Université McGill.

Lutter contre les menaces infectieuses du 21^e siècle

L'une des principales causes de mortalité à travers la planète, les maladies infectieuses constituent une menace constante à la santé en raison des épidémies non contrôlées et de la résistance croissante aux médicaments et aux antibiotiques. Grâce à un don de 15 millions de dollars de la visionnaire Fondation Duggone, près de 100 chercheurs de l'Université McGill et de l'Institut de recherche du CUSM se sont unis autour d'un projet unique – l'Initiative interdisciplinaire en infection et immunité de McGill (MI4) – afin d'élaborer les solutions novatrices visant à contrer les maladies infectieuses et les attaques au système immunitaire qui nuisent à la santé humaine.

Première canadienne : un dispositif de contrôle des hémorragies sauve la vie des patients gravement blessés

Une équipe de l'Hôpital général de Montréal du CUSM spécialisée en traumatologie a utilisé pour la première fois au Canada un nouveau cathéter à ballonnet pour sauver la vie de deux patients souffrant de blessures pelviennes ou abdominales potentiellement mortelles. Le cathéter ER-REBOA permet d'enrayer l'hémorragie en moins d'une minute et rétablit le débit sanguin vers le cœur et vers le cerveau, les organes les plus vitaux, ce qui constitue une révolution de premier plan en matière de soins en traumatologie. Le Dr Andrew Beckett, chirurgien-traumatologue et intensiviste au CUSM, est l'instigateur de l'implantation du programme au Canada.

Parkinson : une étude sur un trouble du sommeil pour de meilleurs essais cliniques

Des chercheurs du Neuro et de l'Hôpital général de Montréal du CUSM ont réussi à prédire avec plus de précision la progression de la maladie de Parkinson ; une étape importante pour le développement de médicaments pour cette maladie. En collaboration avec d'autres chercheurs dans le monde, ils ont étudié le « trouble comportemental en sommeil paradoxal », un signe précurseur de la maladie de Parkinson. Leur étude, menée auprès de 1300 patients, a permis d'identifier à des stades beaucoup plus précoces les personnes qui vont développer le Parkinson. Elle ouvre la voie à la mise en place d'essais cliniques auprès de personnes n'ayant pas encore montré de symptômes de la maladie et donne l'espoir de développer des médicaments susceptibles d'en prévenir le développement.

L'ostéointégration, une intervention qui change la vie des personnes amputées

Le spécialiste national dans l'exécution de l'ostéointégration, le Dr Robert E. Turcotte, chirurgien orthopédiste au CUSM, offre cette chirurgie de pointe aux personnes amputées d'un membre inférieur. Cette intervention disponible uniquement au Québec – nulle part ailleurs au Canada – consiste à insérer un implant directement dans l'os d'un membre amputé, avant de le connecter à la prothèse. L'os fusionne avec la prothèse et le résultat présente d'importants avantages pour le patient : une meilleure qualité de vie, une liberté de mouvement accrue, et même une capacité à sentir les surfaces situées sous la jambe.

Une découverte prometteuse grâce à un frère et une sœur atteints de la même maladie rare

Thomas Trinh et sa sœur Meagan étaient tous les deux atteints d'une forme rare de lymphome appelé « lymphome T sous-cutané de type panniculite ». La Dre Nada Jabado, hématologue à l'Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM et chercheuse à l'Institut de recherche du CUSM, a découvert que les deux enfants présentaient une mutation génétique qui empêchait leurs systèmes immunitaires de travailler correctement. Des chercheurs tentent à présent de voir si des patients atteints de maladies auto-immunes comme le lupus (une maladie dans laquelle le système immunitaire se retourne contre l'organisme) n'auraient pas le même dysfonctionnement, ce qui pourrait mener à des traitements plus efficaces contre différentes formes de cancer, des maladies infectieuses ainsi que la sclérose en plaques.

Code orange : intervention réussie à l'Hôpital de Montréal pour enfants

Le 14 janvier 2019, des dizaines d'enfants ont été transportés à l'Hôpital de Montréal pour enfants après avoir été intoxiqués au monoxyde de carbone en raison d'une fuite à leur école primaire. L'hôpital a déclenché un code orange, le premier depuis la fusillade au Collège Dawson en 2006. Le département d'urgence est aussitôt entré en action. Dans les quatre heures qui ont suivi, la plupart des patients ont été traités puis renvoyés à la maison, tandis que ceux qui ont eu besoin d'une oxygénothérapie hyperbare ont été transférés à l'Hôpital du Sacré-Cœur. Les membres de l'équipe ont su s'organiser et étaient prêts à passer à l'action avant même l'arrivée du premier patient.

Une présence croissante sur les médias sociaux

Le CUSM est présent sur les réseaux sociaux depuis maintenant plusieurs années. Facebook, Instagram, Twitter et LinkedIn sont les plateformes de prédilection de nos patients et des visiteurs, mais aussi du personnel et de nos bénévoles. Sans oublier les futurs employés, qui y trouvent une foule de renseignements, notamment sur les offres d'emplois et sur notre culture organisationnelle. Les plateformes sociales utilisées permettent de rejoindre une communauté toujours grandissante de plus de 137 000 abonnés, grâce au partage de bons coups, d'histoires inspirantes sur nos patients et nos équipes, ainsi que d'informations d'intérêt public touchant aux activités du CUSM.



4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉS DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

Résultats à l'égard des attentes signifiées (Entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019 – chapitre III)

Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
Santé publique			
Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) Formulaire GESTRED n°10516	Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat. Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.	Réalisé	
Services sociaux			
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir Formulaire GESTRED n°10412	L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la stratégie et à mesurer son taux d'implantation.	Réalisé	
Mesures alternatives et bonnes pratiques des établissements non fusionnés pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	L'attente consiste à produire un état de mise en œuvre des pratiques intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA.	Réalisé	
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène est demandé.	Réalisé	
Services de proximité, urgences et préhospitalier			
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	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Réalisé	
Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement	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.	Réalisé	

Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
Services de proximité, urgences et préhospitalier (suite)			
Rapport annuel télésanté 2018-2019	Compléter le gabarit du rapport annuel 2018-2019 produit par le MSSS.	Réalisé	Reporté au 1er juin 2019 en conformité avec la prolongation autorisée par le MSSS.
Financement, infrastructures et budget			
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	<p>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.</p> <p>Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du 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.</p>	Réalisé	
Coordination réseau et ministérielle			
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux Formulaire GESTRED n° 9083	<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. À cet effet, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation. • 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 • déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. • compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue. 	Réalisé	

Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
Coordination réseau et ministérielle (suite)			
Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux Formulaire GESTRED n° 9084	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.	Réalisé	

Résultats à l'égard des engagements annuels (Entente de gestion et d'imputabilité 2018-19 – chapitre IV)

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 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Cancérologie				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	43,5	90	48,1	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	80,5	100	88,1	100

L'engagement envers un pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours n'est pas atteint. Toutefois, on constate une amélioration de 11%, passant de 43,5% (2017-18) à 48,1% (2018-19). Cette amélioration est liée au travail du comité de vigie des listes d'attente et à la priorisation des patients cancéreux selon le temps disponible en salles d'opération.

En ce qui concerne le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours, l'engagement n'est pas atteint, malgré une amélioration de 9%, passant de 80,5% (2017-18) à 88,1% (2018-19).

Dans l'ensemble, le volume de patients sur la liste d'attente ne cesse de croître en regard de la capacité actuelle d'opérer. Au total, 3202 chirurgies oncologiques ont été réalisées en 2018-19, comparativement à 3027 en 2017-18, soit une augmentation de 5 %. Il faut noter qu'en hiérarchisant les interventions chirurgicales par ordre de priorité clinique, le temps d'attente diminue pour certaines chirurgies au détriment d'autres.

Pour les patients dont la chirurgie nécessite une hospitalisation, la contrainte majeure demeure l'accès aux lits chirurgicaux, en particulier pour le site tumoral « santé sexuelle et reproductive ». Le nombre de lits réguliers (excluant les lits de soins intensifs) occupés par les admissions chirurgicales non-planifiées ne cesse d'augmenter au détriment des lits pour les cas planifiés.

En effet, le nombre total de lits non planifiés est passé de 134 en 2017-18 à 143 en 2018-19 (soit une augmentation de 7 %) qui a pour effet de diminuer l'accès aux lits pour les cas planifiés. Pour l'Hôpital général de Montréal (HGM), le nombre de lits pour les cas planifiés a diminué de 10 % passant de 29 en 2017-18 à 26 en 2018-19 tandis que pour l'Hôpital Royal Victoria (HRV) du site Glen, ce nombre a diminué de 6 % pour la même période passant de 46 à 43 lits. En dépit de cette situation, les équipes cliniques travaillent en continu afin d'améliorer la trajectoire patient en implantant des cheminements cliniques optimisés en plus d'effectuer la gestion quotidienne des lits pour maximiser l'utilisation de ceux-ci.

Le CUSM tente d'accroître la capacité de réaliser des chirurgies en ouvrant une salle opératoire supplémentaire et en allongeant les plages horaires, ce qui, à moyen terme, augmentera principalement la capacité de réaliser des chirurgies ambulatoires.

Le CUSM poursuit les mesures correctrices suivantes :

- Surveillance continue des temps d'attente : le comité de vigie et les services impliqués travaillent activement afin d'améliorer le cheminement des patients.
- Utilisation optimale des salles d'opération : du temps opératoire flexible est offert afin de répondre aux fluctuations des listes d'attente en oncologie et de faire face aux autres priorités organisationnelles ou de répondre aux besoins cliniques de certains patients.
- Mise en place de la programmation centralisée des salles d'opération pour HGM et pour l'HRV du site Glen : un code de priorité chirurgicale a été mis en place et la priorité est donnée aux patients en fonction du temps d'attente et de la prévalence médicale.
- Au besoin, des rappels sont envoyés aux chirurgiens.
- Mise en place des procédures de soins pour la majorité des interventions chirurgicales afin de réduire la durée de séjour et optimiser l'utilisation des lits disponibles.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
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	100	100	100
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)	60	100	100	100
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales	75	100	50	100

conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)				
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	72,9	75,0	73,7	75,0

Clostridium difficile et Staphylococcus aureus résistant à la méthiciline (SARM)
Les engagements sont atteints.

À l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) du site Glen, le dépistage rigoureux à l'admission chez des patients à risque, la mise en place rapide des précautions de contact chez les cas identifiés, ainsi que les dépistages périodiques sur les unités à haut risque (unité de soins intensifs pédiatriques, unité de soins intensifs néonataux et d'hémo-oncologie) soutiennent l'atteinte de la cible.

Dans les sites adultes (HRV du site Glen, HGM, HNM et Hôpital de Lachine), la plupart des bactériémies nosocomiales surviennent chez des patients infectés par le SARM avant leur hospitalisation. L'HGM a une prévalence de SARM à l'admission trois fois plus élevée en raison de la population nordique qu'il dessert. Cette population ayant une incidence élevée de SARM communautaire, cette particularité justifie le programme de dépistage mis en place ainsi que les stratégies pour améliorer l'hygiène des mains contribuant à empêcher la transmission.

Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse
L'engagement n'est pas atteint. Le nombre de sites atteignant la cible a diminué de 50 % entre 2017-18 et 2018-19 passant de 4 sur 4 (100 %) à 2 sur 4 (50 %). Au site Glen, la population dialysée est plus complexe. En effet, tous les patients complexes ayant un accès vasculaire difficile sont regroupés sur ce site. Ils sont à risque plus élevé puisqu'ils requièrent plus souvent des accès par cathéter. Lorsque ces patients sont stabilisés, ils sont transférés dans un centre périphérique. Les travaux se poursuivent afin d'accroître la proportion de patients dialysés par fistule. Il faut revoir et appliquer systématiquement le programme québécois de soins sécuritaires en hémodialyse, tel que prescrit par le MESSS (accès et fermeture aseptique des voies d'accès, technique de pansements adéquats, audits d'insertion et d'accès, évaluation de la nécessité du cathéter).

Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains
L'engagement n'est pas atteint, mais le résultat se rapproche de la cible avec un pourcentage d'atteinte de 98 %. Le résultat (73,7 %) se compare avec celui de 2017-18 (72,9 %)

Dans l'optique d'implanter des pratiques de prévention optimales et sécuritaires auprès du personnel de soin, les travaux amorcés dans le cadre du programme « Contrôle spécifique des infections – stratégies de succès » (CSISS) se poursuivent, et le programme sera étendu à l'ensemble des unités du CUSM afin d'atteindre la cible établie de 75 %. La poursuite des audits et du feedback est réalisée aux deux semaines, et la standardisation du processus d'audit est en cours. La rétroaction en temps réel des résultats d'audits sur les unités permettra de sensibiliser et d'impliquer davantage le personnel tant dans l'identification que l'implantation d'opportunités d'amélioration.

Les résultats par site démontrent que la cible est atteinte à l'Hôpital général de Montréal (HGM) avec une augmentation de 22 % entre 2017-18 et 2018-19 passant de 68 % à 83 %. Par contre, à l'Hôpital de Lachine, il y a une diminution de 28 % du taux de conformité passant de 65 % en 2017-18 à 47 % en 2018-19. Le roulement important et régulier du personnel sur les unités de soins contraint les effets positifs liés à la formation ainsi qu'à l'appropriation de la démarche au sein des équipes. D'autre part, les ressources limitées

au sein de l'équipe de soutien ainsi que les multiples projets et priorités organisationnelles concurrentes représentent un défi constant en regard de l'objectif visé.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	100	100
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	33,3	66,6	66,7	100
<p>Les engagements sont atteints.</p> <p>Le résultat (100 %) demeure inchangé par rapport à 2017-2018 pour les composantes 1, 2, et 6 pour les trois sites visés : l'Hôpital général de Montréal (HGM), l'Hôpital Royal Victoria (HRV) du site Glen et l'Hôpital de Lachine.</p> <p>Une amélioration de 100 % est notée pour les composantes 3, 4 et 5 passant de 33,3 % en 2017-18 à 66,6 % en 2018-2019.</p> <p>Les stratégies déployées pour implanter l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) au CUSM se poursuivent. Ils se traduisent notamment par de la formation continue, du développement d'outil de dépistage ainsi que de la rétroaction des résultats auprès des équipes de soin.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé mentale				
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	54	45	54	45
<p>L'engagement est atteint et le résultat demeure inchangé par rapport à 2017-18. Ceci s'explique par l'implantation des interventions du plan d'action en amélioration des services en psychiatrie ainsi que par la prise en charge graduelle des patients.</p> <p>Toutefois, l'équipe compte seulement six intervenants ce qui dénote des ressources humaines limitées comparativement à la norme préconisée par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) où dix ressources sont habituellement nécessaires. À cet égard, le CUSM est toujours en attente de la confirmation du financement pour engager un septième intervenant, à des demandes soutenues. Il est important de mentionner que la charge de travail actuelle limite la capacité de l'équipe et l'efficacité des services, spécialement en regard des objectifs suivants : (1) sensibiliser la communauté à la psychose ; (2) transférer la connaissance ; (3) assurer l'intervention intensive et de proximité dans le milieu de vie de la personne, entre autres.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	14,7	12	15,8	12
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	60,0	74,2	61,0	74,2
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	44,8	68,3	44,3	68,3

Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence

L'engagement n'est pas atteint. La durée moyenne de séjour (DMS) a augmenté de 7 % entre 2017-18 et 2018-19 passant de 14,7 heures à 15,8 heures. Pour la clientèle pédiatrique de l'Hôpital Montréal pour enfants (HME), la situation est différente, car la cible est atteinte grâce à une DMS de 7,34 heures.

Pour les sites adultes, le résultat s'explique par une augmentation des volumes de cas urgents (Priorité : 1, 2 et 3) jumelée à un manque de lits disponibles. En effet, l'occupation des lits de courte durée par des patients requérant un niveau de soins alternatif (NSA) hors délai entraîne une diminution marquée de l'accès aux lits d'hospitalisation pour les patients sur civière à l'urgence et contribue à augmenter la DMS. En 2018-2019, il y avait en moyenne 31 patients NSA hors délai par jour au CUSM.

La situation est particulièrement marquée à l'HRV du site Glen où la DMS sur civière a augmenté de 32 % passant de 18,7 heures en 2017-18 à 24,6 heures en 2018-19 ; ce qui a un impact important sur les résultats globaux de l'établissement. En effet, au cours des deux dernières années, le volume de patients a augmenté de 10 % à l'HRV en passant de 44 386 en 2016-2017 à 49 018 en 2018-2019 soit plus de 13 visites additionnelles en moyenne par jour et ce, sans ajout de ressources supplémentaires.

Les mesures suivantes poursuivent leur implantation :

- Optimisation du processus de planification précoce et conjointe du congé afin de réduire le temps d'attente sur civière ;
- Révision des pratiques cliniques afin d'améliorer le flux de patient dans la salle d'urgence ;
- Ouverture d'une unité de débordement de 12 lits en octobre 2018 à l'HRV du site Glen, suivie de l'ouverture d'une deuxième unité de débordement de 8 lits en janvier 2019 ;
- Poursuite des travaux sur la trajectoire des patients NSA pour améliorer la fluidité et l'accessibilité aux lits ;
- Collaboration avec les établissements partenaires et la communauté pour orienter des patients NSA dans les délais prescrits et vers les milieux de soins appropriés.

Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures et pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures.

Les engagements ne sont pas atteints. Les résultats demeurent sensiblement les mêmes pour 2017-18 et 2018-19.

Les mesures suivantes sont mises en place :

- Réorientation des cas moins urgents (P4 et P5) vers les cliniques partenaires du CUSM ;
- Révision des pratiques cliniques afin d'améliorer la fluidité de la trajectoire patient au sein de l'urgence.

Pour la clientèle pédiatrique de l'Hôpital Montréal pour enfants (HME) du site Glen, les mesures spécifiques suivantes sont déployées :

- Campagne de communication et d'éducation : un choix réfléchi « Smart Choices » (<https://www.thechildren.com/smart-choices-where-go-your-childs-health-problem>) ;
- Optimisation de la gestion des lits par la mise en place de protocole de surcapacité, l'ajustement des lits selon la saisonnalité notamment avec l'augmentation des quotas infirmiers et médicaux en fonction de la demande ;
- Mise en place de processus de réorientation de la clientèle P4-5 vers des cliniques externes ;
- Création de partenariat avec 6 cliniques ;
- Concertation avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur les ressources intermédiaires et les ressources de type familial pour réduire le nombre de patients requérant un niveau de soins alternatifs (NSA).

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Chirurgie				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	247	0	125	0

L'engagement n'est pas atteint. Toutefois, le nombre de chirurgies de plus d'un an en attente a diminué de 49 % entre 2017-18 et 2018-19 passant de 247 à 125.

Pour les patients dont la chirurgie nécessite une hospitalisation, la contrainte majeure demeure l'accès aux lits chirurgicaux. Le nombre de lits réguliers (excluant les lits de soins intensifs) occupés par les admissions chirurgicales non planifiées ne cesse d'augmenter au détriment des lits pour les cas planifiés. En effet, le nombre total de lits non planifiés est passé de 134 en 2017-18 à 143 en 2018-19 (soit une augmentation de 7 %). Ceci a pour effet de diminuer l'accès aux lits pour les cas planifiés. Pour l'Hôpital général de Montréal (HGM), le nombre de lits pour les cas planifiés a diminué de 10 % passant de 29 en 2017-18 à 26 en 2019-20 tandis que pour l'Hôpital Royal Victoria (HRV) du site Glen, ce nombre a diminué de 6 % pour la même période passant de 46 à 43 lits. En dépit de cette situation, les équipes cliniques travaillent en continu afin d'améliorer la trajectoire patient en implantant des cheminements cliniques optimisés en plus d'effectuer la gestion quotidienne des lits pour maximiser l'utilisation de ceux-ci.

Pour la clientèle pédiatrique de l'Hôpital Montréal pour enfants (HME) du site Glen, le manque d'anesthésiologistes contraint l'augmentation du volume chirurgical. Malgré ceci, le nombre de patients en attente de plus de 1 an a diminué de 22 % en passant de 45 en 2017-2018 à 35 en 2018-2019.

Il faut noter que le nombre de patients en attente depuis plus d'un an demeure élevé pour certaines spécialités chirurgicales, notamment en plastie à l'HRV du site Glen, en ophtalmologie et en orthopédie à l'HGM et en ORL à l'HME. Pour ceux-ci, une approche individualisée est en cours. En ophtalmologie, par exemple, le CUSM a facilité l'accès à certains dispositifs pour le traitement du glaucome. En ORL, l'accès à une salle de procédure est facilité pour les cas simples et un suivi hebdomadaire des lits favorise l'accès aux lits de soins intensifs à l'HME. En ce qui concerne les autres spécialités (plastie et orthopédie), l'accès au plateau technique d'une clinique privée est offert.

Par ailleurs, le CUSM tente d'accroître la capacité de réaliser des chirurgies en ouvrant une salle opératoire supplémentaire et en allongeant les plages horaires. À moyen terme, cela augmentera principalement la capacité de réaliser des chirurgies ambulatoires.

Le CUSM poursuit les mesures correctrices suivantes :

- Surveillance continue des temps d'attente : le comité de vigie et les services impliqués travaillent activement afin d'améliorer le cheminement des patients ;
- Utilisation optimale des salles d'opération : du temps opératoire flexible est offert afin de répondre aux fluctuations des listes d'attente en oncologie, et faire face aux autres priorités organisationnelles ou de répondre aux besoins de certains patients individuels ;
- Mise en place de la programmation centralisée des salles d'opération pour HGM et pour l'HRV du site Glen : un code de priorité chirurgicale a été mis en place et la priorité est donnée aux patients en fonction du temps d'attente et de la prévalence médicale ;
- Au besoin, des rappels sont envoyés aux chirurgiens ;
- Mise en place des procédures de soins pour la majorité des interventions chirurgicales afin de réduire la durée de séjour et d'optimiser l'utilisation des lits disponibles.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale				
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	55,7	100	65,4	70
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	53,3	100	88,1	100
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100,0	100	91,6	100
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	93,1	100	91,7	100
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	41,6	90	31,7	90
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	100,0	100	92,1	100
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	31,4	90	54,9	90

1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	67,1	100	77,2	100
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	52,9	90	62,0	90
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)	69,0	100	92,1	100

Les engagements ne sont pas atteints.

Une amélioration des résultats entre 2017-18 et 2018-19 est à noter pour :

- Autres échographies de 31,4 % à 54,9 %, une amélioration de 75 %
- Scopies de 53,3 % à 88,1 %, une amélioration de 65 %
- TEP de 69 % à 92,1 %, une amélioration de 33 %
- IRM de 52,9 % à 62,0 %, une augmentation de 17 %
- Tomodensitométries de 67,1 % à 77,2 % en 2018-19, une amélioration de 15 %

Par contre, on note une détérioration des résultats entre 2017-18 et 2018-19 pour :

- Échographies cardiaques de 41,6 % à 31,7 %, une détérioration de 24 %
- Mammographies diagnostiques et échographies mammaires, diminuent respectivement de 8 % passant de 100 % à 91,6 % pour les mammographies diagnostiques et de 100 % à 92,1 % pour les échographies mammaires

Pour les scopies et les échographies cardiaques, le manque de personnel qualifié (technologues médicaux et radiologistes) est la contrainte principale. Le recrutement, la rétention et le remplacement du personnel demeurent un défi. Conjointement avec le MSSS, les travaux de gestion des listes d'attentes et l'utilisation du guichet de capacité résiduelle se poursuivent.

En ce qui concerne les autres échographies, malgré le transfert de la clientèle enregistrée vers le guichet de capacité résiduelle du centre de répartition des demandes de services (CRDS), plusieurs patients demeurent dans nos services, car ils ne veulent pas passer leurs examens dans un autre établissement. Le volet musculo-squelettique représente également un défi aussi bien pour l'accès à un radiologue que pour le transfert des patients.

En tomographies par émission de positrons (TEP), la faible performance des appareils affecte l'atteinte de la cible. La révision des protocoles d'examen et la révision des grilles de rendez-vous ont déjà permis de bonifier l'offre de service.

En tomodensitométrie et en résonance magnétique (IRM), l'augmentation du nombre des heures permet d'accroître la capacité pour les patients enregistrés « hors délais » sur certains sites (l'HRV du site Glen et l'HGM). Ceci devrait contribuer à améliorer grandement l'atteinte de la cible. Pour les tomodensitométries, depuis août 2018, en moyenne 700 cas effectués sont recensés par mois. Pour l'IRM, depuis novembre 2018, la moyenne varie entre 250 et 300 cas par mois.

Pour l'ensemble des modalités, des facteurs communs expliquent la non-atteinte des cibles. Il s'agit notamment de :

- La capacité insuffisante à gérer en amont les listes d'attentes au quotidien tout en ayant en aval une demande d'examens croissante.
- La validation des cas en attente et la reclassification de ces derniers ont également eu un effet sur les résultats surtout pour la scopie (notamment avec l'ajout des interventions dans la méthodologie de calcul).
- La mise en place tardive de l'augmentation du nombre des heures en tomodensitométrie et en IRM.
- Les bris de certains équipements peuvent ralentir la cadence.

En plus des actions mentionnées ci-haut, les actions suivantes sont en cours : activités du comité permanent ayant pour mandat la révision du processus, et mise en place de la gestion systématique de l'épuration de la liste d'attente en lien avec les critères établis et la formation des agents administratifs.

En ce qui concerne la qualité des données, les résultats actuels en mammographies diagnostiques et en échographies mammaires ne semblent pas réalistes. Un exercice de validation est planifié pour suivre et améliorer la collecte des données. Pour les échographies obstétricales, les données actuelles incluent les rendez-vous du deuxième trimestre, ce qui affecte l'atteinte de la cible. Une validation est en cours avec l'équipe médicale.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	100
L'engagement est atteint. Le résultat est le même que celui de l'année précédente.				
Un comité composé des membres de différents services et directions tels que l'entretien ménager, les soins infirmiers, la prévention et le contrôle des infections ainsi que les services multidisciplinaires incluant des patients partenaires a défini les rôles et responsabilités liés à l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité. Ce comité a également élaboré des outils de travail pour les interventions de nettoyage et de désinfection quotidienne des équipements, du matériel et des surfaces. Ce mécanisme mis en place depuis 2015 est soutenu au sein des pratiques opérationnelles du CUSM.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,5	4,80	6,47	ND
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,5	3,27	3,90	ND
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,1	1,06	1,09	ND

Ratio d'heures en assurance-salaire

L'engagement n'est pas atteint. Les résultats de 2018-19 sont similaires à ceux de 2017-18.

Globalement, le nombre de dossiers d'assurance salaire a diminué (776 en 2017-18 et 731 en 2018-19). Toutefois, les heures en assurance salaire sont en hausse (numérateur) depuis trois ans, alors que les heures totales travaillées sont en baisse (dénominateur).

Le défi demeure le nombre élevé de réclamations pour cause de santé mentale. Celles-ci représentent 40,6 % des réclamations en 2018-19 et 37,4 % en 2017-2018.

Étant donné une hausse marquée des troubles de santé mentale, un programme adapté de réintégration est mis en place afin de mieux encadrer les retours et éviter les rechutes. Par ailleurs, un projet portant sur la santé mentale est présentement déployé, afin de développer des outils de gestion.

Les dossiers s'avèrent de plus en plus complexes. Il importe d'investir plus de temps dans la préparation des retours ainsi que dans la mise en place de stratégies de gestion efficaces.

Les autres facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement sont les suivants :

- Manque de médecins représentant l'employeur afin de répondre à la demande ;
- Délai de prise en charge pour l'accès médical spécialisé ou diagnostic ;
- Accommodement présentant davantage de défis pour certains groupes de salariés, par exemple le personnel lié à l'entretien ménager, les techniciens de laboratoire ;
- Personnel vieillissant : la proportion des troubles liés au système musculo-squelettique représente un défi avec 28 % de réclamations pour 2018-19 ;
- La disponibilité de ressources spécialisées suite aux départs à la retraite du personnel ;
- Des délais à l'égard des évaluations ergonomiques sont observés.

Afin de respecter l'engagement, les mesures suivantes visant à diminuer le ratio d'assurance salaire sont en cours d'implantation depuis l'automne 2018 :

- Optimisation de l'utilisation des médecins au service Santé et sécurité au travail pour prioriser les cas;
- Embauche d'un nouveau médecin au service Santé et sécurité au travail;
- Priorisation des départements avec le plus haut taux d'absence;
- Optimisation du processus d'accommodement/d'assignation temporaire;
- Amélioration de la communication avec les travailleurs et les médecins;
- Réorganisation du travail des agents de personnel afin de diminuer les tâches administratives et augmenter le temps consacré à la prévention;
- Réorganisation des portes-folios des agents de personnel pour optimiser l'offre de service auprès des gestionnaires
- Sensibilisation des gestionnaires sur l'importance de gérer les absences ponctuelles;
- Déploiement d'une formation pour les gestionnaires afin de les sensibiliser et leur permettre d'orienter les employés en difficulté vers les ressources appropriées.

Taux d'heures supplémentaires

L'engagement n'est pas atteint. Une augmentation de 11 % entre 2017-18 et 2018-19 est notée passant de 3,5 % à 3,9 %. Cette augmentation du taux d'heures supplémentaires est liée au manque d'effectif.

Cette situation s'explique davantage par la planification de la main-d'œuvre plutôt que par des facteurs d'attraction au sein du personnel infirmier. Le CUSM continue d'attirer le personnel infirmier avec des quarts de travail de 12 heures, la rotation et la possibilité d'établir eux-mêmes leur horaire de travail.

Au sein du personnel infirmier, les mesures suivantes sont mises en place :

- Identification proactive des besoins en main-d'œuvre ;
- Stabilisation des équipes de soins par l'augmentation du personnel en respect du registre de postes au sein des unités de soins : exercice d'agilité de la main-d'œuvre (infirmières, infirmières auxiliaires) ;
- Centralisation accrue de la gestion des congés à court et long terme afin d'assurer une meilleure gestion de la main-d'œuvre et diminuer le recours au temps supplémentaire.

En ce qui concerne les technologistes médicaux, en plus des actions en lien avec l'absentéisme de longue durée qui influencent le recours aux heures supplémentaires, le secteur de la planification de la main-d'œuvre met en place un plan d'action qui vise à réaliser un exercice d'agilité de la main-d'œuvre afin de rehausser la structure des postes. Ceci aura pour effet d'assurer une meilleure couverture des besoins de main-d'œuvre selon les secteurs d'activités. L'échéance de cet exercice est prévue pour le 31 mars 2020. De plus, une révision de l'offre d'emploi pour les nouvelles embauches des technologistes médicaux visant à offrir des heures garanties est présentement en cours.

L'exercice d'agilité de la main-d'œuvre sera également réalisé pour d'autres titres d'emploi (préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, gardiens de sécurité, assistants techniques à la pharmacie, préposés à l'entretien ménager et infirmières cliniciennes dans les cliniques ambulatoires).

Les efforts de recrutement externe tel que les activités de réseautage pour les techniques de la santé ont débuté en avril 2019. Ces nouvelles stratégies en lien avec les projets d'agilité de la main-d'œuvre auront un impact positif sur les heures supplémentaires à moyen long terme.

Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante

L'engagement n'est pas atteint, mais le résultat se rapproche de la cible. Le CUSM continue de recourir peu à la main-d'œuvre indépendante.

L'élément contributif à la situation actuelle est l'augmentation de l'utilisation d'agents de sécurité. La révision de la structure des postes de même que l'exercice de planification de la main-d'œuvre à moyen et long terme se poursuivent. Récemment, l'autorisation d'afficher 24 postes équivalents à temps complet a été obtenue. Ceci aura pour effet d'ajouter des postes et de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante au sein de ce groupe.

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 %



5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément

Le CUSM a reçu la visite d'Agrément Canada du 15 au 20 septembre 2013 et a reçu la mention Agréé.

Le nouveau cycle de visite d'Agrément Canada a eu lieu du 27 au 30 mai 2019.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Des actions ont été réalisées afin de promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents :

- Communications soutenues aux gestionnaires sur la déclaration des incidents et accidents (I/A) (types, procédures, dates d'échéance du ministère) ;
- Rapports trimestriels des I/A déclarés, acheminés aux personnes responsables (unités de soins, co-gestionnaires des missions, directeurs, comité de sécurité des patients, comité de qualité et gestion des risques et Conseil d'administration) ;
- Accompagnement des différents départements et des unités de soins par une saisie des formulaires AH-223 centralisée au département de la qualité, de la sécurité des patients et de la performance (DQEPE) ;
- Ateliers de formations sur la déclaration des incidents et accidents, la divulgation, la communication et la sécurité des patients ont été offertes au personnel et aux professionnels du CUSM au cours de l'année 2018-19. Ceci représente 121 sessions de formation et plus de 2512 participants de secteurs variés.

Ateliers de formation 2018-2019		
	# Séances	# Participants
Déclaration des incidents & accidents (AH-223), divulgation, analyses approfondies, analyses des risques	16	341
Orientation des nouveaux employés - Sécurité des patients	51	895
Orientation des nouvelles infirmières - Sécurité des patients et communication	16	293
Orientation des résidents - Sécurité des patients, déclaration des incidents et accidents, et divulgation	1	194
Technique – Communication efficace	30	401
Évaluation-risques cliniques	7	388
Grand total	121	2512

La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) a été mis en évidence au moyen du système local de surveillance :

TOP TROIS (indices de gravité A et B)

2018-2019*	#	%	2017-2018	#	%
B-Médicament	600	24,4 %	G-Autre	825	21,9 %
G-Autre	539	21,9 %	B-Médicament	494	17,4 %
D-RDM	341	13,9 %	D-RDM	451	15,9 %

*Données extraites de SSSS: 27 mai 2019

TOUTES CATÉGORIES (indices de gravité A et B)

Indice	2018-2019*		2017-2018	
	#	%	#	%
A-Chute	61	2,5 %	74	2,6 %
A-Quasi-chute	34	1,4 %	23	0,8 %
B-Diète	38	1,5 %	43	1,5 %
B-Médicament	600	24,4 %	494	17,4 %
B-Traitement	179	7,3 %	253	8,9 %
C-Imagerie	18	0,7 %	22	0,8 %
C-Laboratoire	164	6,7 %	142	5,0 %
D-RDM	341	13,9 %	451	15,9 %
E-Bâtiment	62	2,5 %	57	2,0 %
E-Effets personnels	23	0,9 %	33	1,2 %
E-Équipement	127	5,2 %	161	5,7 %
E-Matériel	160	6,5 %	206	7,3 %
F-Agression	112	4,6 %	54	1,9 %
G-Autre	539	21,9 %	825	29,1 %
Grand total	2458	100,0 %	2838	100,0 %

*Données extraites de SSSS: 27 mai 2019

Catégorie G – AUTRES (indices de gravité A et B)

Indices	2018-2019*		2017-2018	
	#	%	#	%
Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.)	3	0,6 %	2	0,3 %
Automutilation	1	0,2 %	1	0,1 %
Autre	247	45,8 %	580	74,6 %
Blessure d'origine connue	11	2,0 %	5	0,6 %
Blessure d'origine inconnue	7	1,3 %	1	0,1 %
Bris de confidentialité	1	0,2 %	1	0,1 %
Décompte chirurgical inexact - omis	14	2,6 %	19	2,4 %
Défaut de port d'équipement/vêtement de protection	1	0,2 %	1	0,1 %
Désorganisation comportementale (avec blessure)	1	0,2 %	0	0,0 %
Erreur liée au dossier	68	12,6 %	71	9,1 %
Évasion (garde fermée)	0	0,0 %	2	0,3 %
Événement en lien avec une activité	5	0,9 %	1	0,1 %
Événement relié au transport	34	6,3 %	19	2,4 %
Fugue/disparition (encadrement intensif)	19	3,5 %	21	2,7 %
Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse	1	0,2 %	1	0,1 %
Lié à l'identification	60	11,1 %	41	5,3 %
Lié au consentement	10	1,9 %	8	1,0 %
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	24	4,5 %	0	0,0 %
Plaie de pression	24	4,5 %	0	0,0 %
Tentative de suicide/suicide	5	0,9 %	0	0,0 %
Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)	3	0,6 %	3	0,4 %
Grand total	539	100,0%	777	100,0%

*Données extraites de SSSS: 27 mai 2019

La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

TOP TROIS (indices de gravité C à I)

2018-2019*	#	%	2017-2018	#	%
A-Chute	1219	26,5	B-Médicament	1286	24,7 %
B-Médicament	1199	26,1 %	G-Autre	1239	23,8 %
G-Autre	898	19,5 %	A-Chute	1003	19,3 %

*Données extraites de SSISS : 27 mai 2019

TOUTES CATÉGORIES (indices de gravité C à I)

Indice	2018-2019*		2017-2018	
	#	%	#	%
A-Chute	1101	24,0 %	1003	19,3 %
A-Quasi-chute	118	2,6 %	82	1,6 %
B-Diète	87	1,9 %	126	2,4 %
B-Médicament	1199	26,1 %	1286	24,7 %
B-Traitement	435	9,5 %	514	9,9 %
C-Imagerie	46	1,0 %	53	1,0 %
C-Laboratoire	129	2,8 %	265	5,1 %
D-RDM	1	0,0 %	0	0,0 %
E-Bâtiment	21	0,5 %	32	0,6 %
E-Effets personnels	16	0,3 %	32	0,6 %
E-Équipement	155	3,4 %	203	3,9 %
E-Matériel	239	5,2 %	242	4,7 %
F-Agression	149	3,2 %	123	2,4 %
G-Autre	898	19,5 %	1239	23,8 %
Grand total	4594	100,0 %	5200	100,0 %

*Données extraites de SSISS: 27 mai 2019

Catégorie G – AUTRES (indices de gravité Cà I)

Indices	2018-2019*		2017-2018	
	#	%	#	%
Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.)	3	0,3 %	6	0,5 %
Automutilation	8	0,9 %	5	0,4 %
Autre	385	42,9 %	667	53,8 %
Blessure d'origine connue	85	9,5 %	75	6,1 %
Blessure d'origine inconnue	71	7,9 %	85	6,9 %
Bris de confidentialité	0	0,0 %	1	0,1 %
Décompte chirurgical inexact - omis	30	3,3 %	26	2,1 %
Défaut de port d'équipement/vêtement de protection	1	0,1 %	2	0,2 %
Désorganisation comportementale (avec blessure)	2	0,2 %	8	0,6 %
Erreur liée au dossier	34	3,8 %	44	3,6 %
Évasion (garde fermée)	0	0,0 %	8	0,6 %
Événement en lien avec une activité	7	0,8 %	11	0,9 %
Événement relié au transport	40	4,5 %	47	3,8 %
Fugue/disparition (encadrement intensif)	29	3,2 %	42	3,4 %
Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse	2	0,2 %	2	0,2 %
Lié à l'identification	17	1,9 %	27	2,2 %
Lié au consentement	2	0,2 %	3	0,2 %
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	17	1,9 %	25	2,0 %
Obstruction respiratoire	3	0,3 %	7	0,6 %
Plaie de pression	139	15,5 %	140	11,3 %
Relation sexuelle en milieu d'hébergement	2	0,2 %	0	0,0 %
Tentative de suicide/suicide	6	0,7 %	6	0,5 %
Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)	15	1,7 %	2	0,2 %
Grand total	898	100,0 %	1239	100,0 %

*Données extraites de SSSS: 27 mai 2019

Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec :

Les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment :

Sommaire :

Le CUSM a effectué 41 analyses approfondies menant à 103 recommandations.

Voici quelques exemples de recommandations mises en place à la suite d'analyses approfondies :

1. Initiatives d'optimisation de la sécurité :
 - a) révision de la documentation sur l'anesthésie
 - b) examen des cas par comité code bleu
 - c) révision et réorganisation du système de macroscopie des assistants en pathologie
 - d) développement d'une procédure opératoire standardisée pour l'évaluation de la transplantation
 - e) examen des soins aux patients avec trachéotomie :
 - utilisation uniquement des bouchons universels
 - développement des ordonnances préimprimées pour les essais de bouchage
 - développement d'outils de communication pour aviser le personnel des essais de bouchage en cours
 - f) revue des ordonnances de potassium pour la population pédiatrique
 - g) revue des naissances en dehors du centre de naissance
 - h) élimination de morphine en concentration élevée dans les zones de préparation stérile à la pharmacie

2. Mise à jour et/ou création de Politiques et Procédures :
 - a) perte de spécimens en pathologie
 - b) surveillance intraveineuse pédiatrique
 - c) outil de référence pour la préparation des épidurales de morphine/bupivacaine
 - d) anticoagulation des patients atteints d'épidurales
 - e) processus de communication entre le service de transplantation et le service de radiologie

3. Formations :
 - a) vérification quotidienne de chariot d'urgence (« crash cart »)
 - b) prévention des chutes
 - c) prévention et détection de l'infiltration intraveineuse
 - d) soins de trachéotomie
 - e) code bleu - patients avec trachéotomie
 - f) politique et procédure pour obtenir des médicaments en dehors des heures régulières
 - g) réactions allergiques aux produits de contraste
 - h) gestion de réaction anaphylactique

a) Chutes :

Une stratégie exhaustive de prévention des chutes et de réduction des blessures est mise en place et est évaluée par des audits pour la population adulte. Un comité interdisciplinaire pour la prévention des chutes est établi au CUSM pour évaluer le programme de prévention des chutes existant et pour l'améliorer en fonction des données probantes.

Le comité a procédé à une auto-évaluation de l'état de l'organisation en matière de chutes au printemps 2018. Une comparaison entre le CUSM et les pratiques exemplaires proposées par : (1) Safer Healthcare Now!, (2) Accreditation Canada et (3) un groupe d'experts du ministère provincial a été effectuée. Suite à cet exercice, un plan d'action a été développé afin de s'attarder aux aspects à améliorer.

Le succès des stratégies mises en place est aussi évalué par l'audit des rapports d'incidents et d'accidents. Le taux de chutes au CUSM est comparé aux taux en vigueur dans des unités comparables. Ces taux s'appuient sur la littérature scientifique. Les résultats de ces audits sont communiqués aux gestionnaires et aux employés des unités de soins 3 à 4 fois par année.

Les co-présidentes du comité de prévention des chutes ont rencontré les équipes de dirigeants des unités où le nombre de chutes est au-dessus des standards de référence. Les discussions ont porté sur les facteurs contribuant aux chutes sur leurs unités, sur les stratégies mises en place afin de réduire le risque de chutes et comment, d'autres outils/stratégies disponibles au CUSM, pourraient être implantés.

Des améliorations sont apportées à travers des discussions lors des caucus sur l'unité et au sein de comités existants, telles que le comité de prévention des chutes, le comité de délirium et le comité de partenariat patient et communication.

Des audits portant sur les pratiques exemplaires de prévention des chutes (l'échelle de chutes MORSE et l'outil de Transfert, Admission, Chute, Changement de l'état (TACC) de prévention des chutes) ont été réalisés sur les unités ciblées et aux urgences. Les résultats des audits ont été transmis aux unités rapidement après les audits. De façon globale, les résultats indiquent que le MORSE est complété pour 68 % des patients et le TACC est complété pour 71 % des patients en ayant besoin.

Les documents relatifs à la réduction des risques post-chutes ont été pilotés et sont présentement en cours d'utilisation au site Lachine. Ils sont présentement en cours de révision afin d'être implantés sur tous les sites du CUSM.

Année financière	Taux des chutes (A-I) au CUSM Nombre de chutes/jour présences	Taux des chutes (C-I) au CUSM Nombre de chutes/jour présences
2016-17	3,9	3,7
2017-18	3,3	3,0
2018-19*	3,4	3,2

**Données extraites de SSISS: 27 mai 2019*

Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)

Le programme d'Approche Adaptée à la Personne Âgée (AAPA) du MSSS est en cours d'implantation dans l'ensemble du CUSM. Le programme est implanté sur 19 des 27 unités adultes ciblées (70 %). L'AAPA se concentre sur la prévention du déclin fonctionnel et du délirium, notamment en utilisant une

méthode d'amélioration de la qualité qui a fait ses preuves dans d'autres projets antérieurs. Bien que ce programme vise les personnes âgées, l'amélioration des pratiques qui découlent de ces efforts contribue également à prévenir les chutes chez l'ensemble des patients en soutenant des environnements et des pratiques favorables à la prévention des chutes.

Les résultats des audits, effectués par le département de pharmacie, sont transmis aux membres des équipes soignantes pendant des caucus hebdomadaires. Selon les résultats présentés à la Station de Qualité AAPA, en ligne avec une approche d'amélioration de la qualité utilisée par le « Institute for Healthcare Improvements » les besoins sont identifiés et des solutions sont proposées et testées dans le but d'améliorer les pratiques en utilisant la méthode PDSA : Plan-Do-Study-Act. À ce jour, plus de 3375 audits ont été complétés.

Parallèlement à ces efforts, dans le cadre de l'AAPA, le département de la pharmacie a audité à 3 reprises l'utilisation de sédatifs et d'antipsychotiques chez les personnes âgées. Cette initiative s'inscrit dans la mise en place de meilleures pratiques telles que soutenues par 'Choosing Wisely Canada'. Des mémos faisant état des résultats ont été acheminés à tous les responsables de services (direction des soins infirmiers et médecins). Les résultats ont aussi été présentés aux unités AAPA. Plusieurs ordonnances préimprimées ont aussi fait l'objet de révisions pour que les doses soient réduites, ou que soient supprimés les sédatifs ou autres éléments applicables.

Un sous-comité de communication et partenariat avec les patients et les familles a été mis en place afin d'évaluer les besoins entourant la prévention des chutes et la communication avec l'équipe de soins, la famille, le patient et les bénévoles. L'implantation de plusieurs stratégies a été entamée, à savoir :

- La mise en place au chevet d'un tableau de communication destiné à améliorer la communication entre les intervenants ainsi qu'avec les patients et les familles. Ce tableau inclut une section sur la prévention des chutes et le besoin d'assistance à la mobilisation.
- La promotion de la brochure « Trucs et Astuces » pour soutenir l'enseignement fait par les infirmières aux patients et familles, au sujet de la prévention des chutes et des déplacements sécuritaires.
- La projection de l'information comprise dans la brochure « Trucs et Astuces » sur les écrans des espaces publics à travers le CUSM.
- Lors de l'orientation des bénévoles, l'information concernant la prévention des chutes et les mesures à suivre en cas de chute sera communiquée. Le plan de mise en place de cette stratégie est prévu pour avril 2019.
- Des sessions de formation sont aussi prévues au courant de l'été 2019 avec les différents groupes de l'équipe multidisciplinaire (physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.).

En décembre 2018, une demande de financement a été soumise au ministère afin de renforcer le partenariat avec les patients et les familles dans le contexte de l'AAPA. Le projet a reçu l'approbation conditionnelle à la soumission d'un plan d'action détaillé. Le projet pilote proposé consiste à agir directement sur la sécurité (prévention des chutes et du délirium) et l'expérience de soins des patients âgés en misant sur l'amélioration de la culture et des pratiques de partenariat de soins auprès des personnes âgées.

b) Médicaments

Le CUSM a actualisé plusieurs projets afin d'améliorer la sécurité des patients liée à l'administration de médicaments, tels que :

Pratiques organisationnelles requises (POR)

- la mise en place et surveillance de la conformité aux 29 pratiques organisationnelles requises ;
- le CUSM est conforme aux pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada sur la normalisation et l'accessibilité des électrolytes concentrés sur les unités de soins, la disponibilité et les formats de dose de l'héparine et des narcotiques.

Bilan comparatif des médicaments (BCM) :

- le CUSM continue le déploiement de ses initiatives liées à cette POR ;
- le processus de BCM est instauré en cliniques externes d'oncologie et sur les étages de médecine interne ;
- le développement d'une plateforme électronique « RightRx » pour faciliter le BCM qui était en cours de pilotage a été mis en pause compte tenu de l'impact potentiel de la migration du dossier électronique OACIS vers CrystalNet, annoncée par le MSSS. Le CUSM a adopté un processus utilisant O-Word pour le BCM.

Prescription électronique :

- le CUSM visait le déploiement d'un module de prescription électronique d'OACIS au mois de mars 2016, mais ce projet est en pause compte tenu de l'impact potentiel de la migration du dossier électronique OACIS vers CrystalNet, annoncée par le MSSS.

Logiciel d'aide à la décision :

- la mise à jour de Centricity a été effectuée et le programme Vigilance est maintenant en utilisation.

Chariots de médicaments :

- présence de chariots de médicaments unidose sur toutes les unités de soins du CUSM (incluant l'Hôpital Lachine).

Code à barres :

- le CUSM est présentement doté d'un système de code à barres pour la sélection des médicaments et le remplissage des cabinets de pharmacie.

Réduction des interruptions :

- le projet Lean organisationnel intitulé « Transformation des soins au chevet » a permis de réduire les interruptions sur diverses unités de soins lors de la préparation des médicaments, en créant des zones « sans bruit » avec des enseignes près des chariots de médicaments, indiquant « ne pas déranger » dans les zones délimitées par des rubans colorés au sol.
- l'environnement ergonomique du nouvel hôpital (site Glen) contribue à la réduction des interruptions et des distractions auxquelles le personnel peut être exposé.

Revue des incidents et accidents (I/A) :

- l'analyse des données statistiques des I/A liés aux médicaments est effectuée sur une base trimestrielle (missions, unités de soins, comité de gestion des risques, comité de sécurité des patients et comité de la sécurité des médicaments).

Comité sur la sécurité des médicaments (du comité de pharmacologie) s'assure de la révision :

- des protocoles et des meilleures pratiques relatives à l'administration des médicaments ;
- des événements sentinelle portés à leur attention ;
- des guides d'utilisation en lien avec les médicaments.

c) Pratiques collaboratives impliquant l'utilisateur

- **Programme Participatif**
Le CUSM s'est engagé dans le déploiement d'un programme organisationnel visant à déployer une approche claire et unifiée de la participation patient à l'ensemble du CUSM (Programme Partenariat Patient). Avec le soutien du département de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, différentes initiatives ont été implantées, afin de favoriser une plus grande participation des patients à leurs propres soins, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité et la gestion de l'établissement. La prévention des chutes et l'administration des médicaments font partie des pratiques qui pourraient être touchées par ces projets, notamment en lien avec le déploiement de l'Approche adaptée à la personne âgée à l'ensemble de l'organisation. Le Programme coordonne aussi les projets liés à l'évaluation (quantitative et qualitative) de l'expérience du patient.
- **Programme de rétablissement et de transition (PRT) :**
Ce programme vise à améliorer l'expérience du patient, à faire la promotion du rétablissement à long terme en réduisant le nombre de rechutes et de réadmissions, et à améliorer la qualité de vie. L'équipe du PRT va également former une cohorte de patients qui ont fait l'expérience de la maladie mentale, afin qu'ils deviennent des « pairs mentors agréés » ; ces personnes vont être en mesure d'apporter un soutien axé sur le rétablissement, d'animer des ateliers et de proposer des outils d'autogestion.
- **La participation des patients et de leurs proches dans l'approche adaptée à la personne âgée (PPP-AAPA)**
Ce projet vise à : favoriser l'intégration des choix, des besoins, des valeurs et du savoir expérientiel des patients et de leurs proches dans les soins, la prise de décisions, l'expérience d'hospitalisation et la gestion intégrée des risques ; soutenir le développement d'une relation de partenariat entre les intervenants, les patients, et leurs proches ; et favoriser l'autonomie des patients ainsi que l'autogestion. Ces objectifs permettront d'atteindre des objectifs de plus grande envergure : promouvoir une culture de partenariat dans l'organisation des soins et services et pour un partenariat de soins optimal ; améliorer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins et des services ; améliorer l'expérience de soins et de services des usagers et de leurs proches ; et améliorer l'expérience au travail pour les intervenants.

La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Voir tableau et résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité, pages 19-20

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSSS).

Un état de la situation a été réalisé pour l'année 2018-19 où des audits de prévalence ont eu lieu entre décembre 2018 et avril 2019 sur toutes les unités implantées depuis 2008 avec le protocole des mesures de contrôle. Les résultats démontrent une baisse d'utilisation des mesures de contrôle de 7,83 % (n=327) en 2014-15 à 5,32 % (n=450) sur nos unités de soin adulte du CUSM.

Ces résultats peuvent s'expliquer grâce à une implantation du protocole des contentions les moins contraignantes possible (mesures de contrôle) complétée dans 95 % des unités du CUSM notamment dans 100 % des unités à haut risque ainsi que dans la majorité des sections ambulatoires.

De plus, des formations ont été faites en présentiel pour certaines des nouvelles infirmières, préposés aux bénéficiaires et agents de sécurité travaillant dans des unités à plus haut risque (n= 104) et une révision du protocole a été faite dans le cadre de la formation de code blanc (n= 322). Certaines infirmières ont aussi fait une mise à jour à partir du module d'apprentissage en ligne (n=15). En tout, 351 membres du personnel ont reçu une formation ou une mise à jour en lien avec les mesures de contrôle en 2018-19.

Bref, pour l'année encourue et celle qui s'en vient, la direction des soins infirmiers du CUSM entend poursuivre ses efforts dans la mise en place de différentes formations en lien avec l'évaluation et la mise en place de stratégies alternatives/préventives aux mesures de contrôle pour certaines clientèles à risque notamment les patients en delirium, en sevrage, les patients à risque d'errance ou risque de chute, les patients suicidaires et ceux présentant des comportements agressifs.

Liste des recommandations adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations formulées par les instances suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par les instances suivantes :

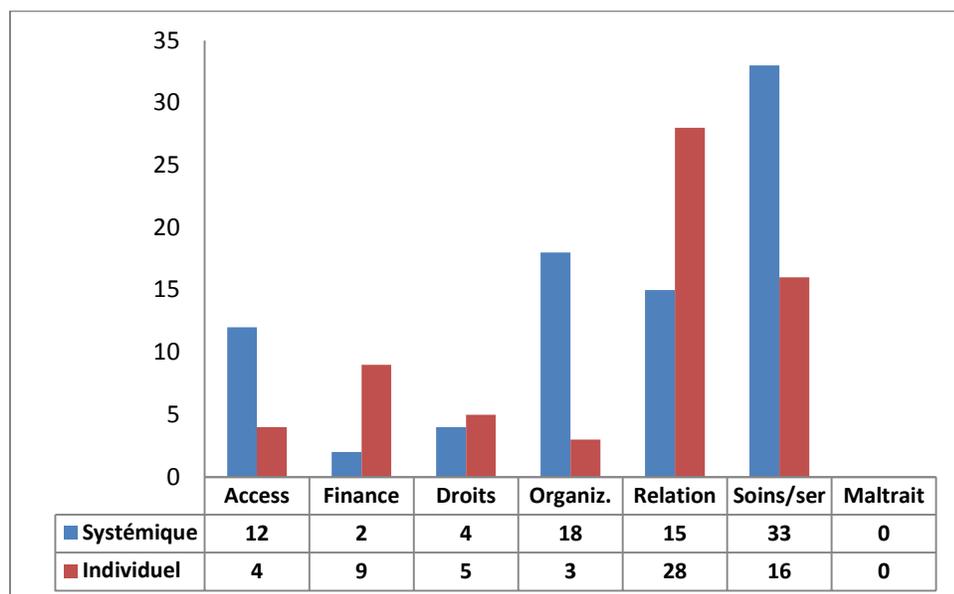
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

- thématiques abordées par les recommandations et,
- exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations.

Le **graphique** suivant illustre la répartition des mesures systémiques et individuelles selon la catégorie des plaintes. Au total, 149 mesures, issues de 135 dossiers de plainte, ont été mises en œuvre en 2018-2019 : 84 étaient systémiques et 65 étaient individuelles.

Quant aux recommandations et engagements des services impliqués : les engagements ont été respectés et les recommandations ont été acceptées et appliquées.

Mesures individuelles et systémiques par catégories de plaintes



Quelques exemples de mesures ou d'engagements individuels et systémiques au cours de l'année étudiée :

Mesures individuelles (pour une personne ou un petit groupe) :

- Un rappel formel au personnel administratif d'une clinique sur l'attitude et le comportement attendus.
- Un employé a été rencontré formellement par son gestionnaire pour discuter et améliorer son approche avec les patients et les familles.
- Rappel au personnel infirmier de l'unité de documenter les interactions avec le personnel médical.
- Rappel au personnel infirmier d'une unité de documenter adéquatement au dossier le transfert d'un usager vers une autre installation.
- L'employée suivra un cours de service à la clientèle.

Mesures systémiques (pour une catégorie d'usagers ou ayant un effet transversal) :

- Les services techniques du CUSM ont augmenté le nombre de places de stationnement pour automobiles avec vignettes.
- Les portes de certaines toilettes aux abords des cliniques ont été automatisées pour assurer un meilleur accès aux personnes à mobilité réduite.
- Assurer une communication adéquate entre les chiffres de travail nursing.
- Assurer une communication adéquate résident/médecin enseignant lors des changements de chiffres en soirée.
- Une affiche sera créée pour expliquer le processus de suivi hors des heures ouvrables pour les patients ayant subi une chirurgie et pour le personnel qui rappelle ces patients (fin de semaine/soir/nuit/congés fériés).
- Rappel de l'obligation de s'identifier.
- Assurer qu'il n'y a plus de formulaire ou document des anciens sites.

Finalement nous soulignons que parfois des démarches d'amélioration sont mises en place par le service ou département par la seule transmission d'une plainte, ainsi la plainte devient l'occasion d'améliorer les services, l'attitude, ou l'accès, à travers de petits gestes, sans échéancier formel et sans fanfare. Ces améliorations sont notées dans notre système électronique de gestion de dossiers. Nous avons recensé ces démarches d'amélioration dans 333 dossiers de plaintes et d'assistance.

Protecteur du citoyen

- Liste des recommandations adressées à l'établissement ;
- Résumé des mesures mises en place pour donner à la suite des recommandations.

En 2018-2019, seize (16) nouveaux cas ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen par des plaignants insatisfaits du traitement de leur plainte ou des conclusions rendues par la commissaire. Dans dix (10) de ces cas, le Protecteur du citoyen a confirmé les conclusions que la commissaire avait tirées. Dans trois (3) cas, des recommandations furent reçues et mises en application par le CUSM. Le bureau est en attente de conclusions dans trois (3) dossiers qui sont toujours au niveau du Protecteur.

Voici la liste des recommandations reçues en 2018-2019 :

Dossier # 1 Rappel au personnel infirmier de l'unité :

- Qu'il doit rédiger des notes détaillées, particulièrement en ce qui a trait à l'alimentation et l'hydratation proposées ;
- Que l'alimentation est un soin et, par conséquent, il importe de permettre aux usagers de manger même s'ils refusent de se rendre à la salle à manger.

Dossier # 2

- Donner des formations sur le triage et sur le diabète au personnel concerné
- Rappeler au personnel infirmier de documenter adéquatement au dossier la décision et/ou l'évolution d'un transfert d'un usager vers une autre installation ;
- Rappeler au personnel de donner l'information exacte à l'usager quant au contexte de l'attente de son transfert.

Dossier # 3

- Sensibiliser le personnel infirmier de l'unité (site Glen) à la situation vécue par l'usagère, à l'importance d'offrir des soins personnalisés et d'ajuster son suivi et ses interventions lorsque la situation et les besoins d'une patiente le nécessitent.

Les rappels, formations et sensibilisations ont été mis en place et le Protecteur du citoyen a conclu que les mesures étaient appropriées et répondaient à la recommandation émise. Tous ces dossiers sont donc clos et le CUSM est présentement en attente de conclusions dans trois dossiers.

Coroner

Pour l'année 2018-19, le CUSM a reçu sept rapports avec recommandations spécifiques au CUSM, énumérés ci-dessous :

Rapport	Recommandations du Coroner	Mesures prises	Réponse à la lettre du coroner
1	Que les inhalothérapeutes du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile du Centre universitaire de santé McGill offrent de manière proactive au personnel soignant des patients du Programme National d'Assistance Ventilatoire à Domicile (PNVAD) de la formation sur le fonctionnement des appareils respiratoires, et les fonctions-clés.	<p>La lettre de la DSM a été transmise à la DQEPE identifiant les mesures entreprises pour répondre aux recommandations du Coroner, en date du 18 juillet 2018 :</p> <p>-Offrir un soutien continu au personnel soignant des différents établissements, au niveau des divers enseignements concernant l'assistance ventilatoire à domicile. Tous les patients et partenaires reçoivent un cahier personnalisé, élaboré à partir des Guides rédigés en fonction des équipements et diverses techniques, et disponible en ligne sur le portail PVNAD_CUSM.</p> <p>-Développement d'un aide-mémoire et mise en circulation en septembre 2016 : affiché à la tête du lit du patient pour que le processus soit visible en tout temps et non seulement dans le cahier personnalisé du patient.</p>	Envoyée au Bureau du Coroner
2	Que le département de neurochirurgie de l'Hôpital de Montréal du Centre universitaire de santé McGill pour enfants réexamine le dossier de la jeune patiente pour réévaluer ses pratiques en matière de sevrage préchirurgical en vue d'un monitoring invasif de l'épilepsie. Je recommande au Département de neurochirurgie de l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill d'évaluer l'opportunité de préciser le risque de décès lors de la signature du formulaire de consentement à la procédure de monitoring invasif de l'épilepsie.	<p>Le dossier de la patiente a été revu par le Département de Neurochirurgie de l'Hôpital pour Enfants du Centre Universitaire Santé McGill (CUSM) et la situation discutée avec la chef de neurologie du CUSM. Suite à cette étude, les pratiques en matière de sevrage pré investigation de l'épilepsie ont été modifiées. Le sevrage sera toujours fait en milieu hospitalier.</p> <p>Le risque de décès, bien que très rare sera précisé lors de l'obtention du consentement à la procédure de monitoring invasif de l'épilepsie.</p>	Envoyée au Bureau du Coroner

3	<p>Que le Centre universitaire de santé McGill procède à la révision du dossier de la patiente dans le but de s'assurer que les soins qui lui ont été prodigués lors de la chirurgie du 22 août 2017 et dans les jours suivants respectaient les plus hauts standards de qualité.</p>	<p>En réponse à votre lettre du 29 octobre 2018 exposant les causes et les circonstances du décès de la patiente survenu le 27 août 2017, le département d'obstétrique et de gynécologie au CUSM a procédé à une analyse approfondie du dossier médical et des circonstances entourant la chirurgie et les jours suivants jusqu'au congé de la patiente.</p> <p>Cette analyse a permis d'identifier les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'y avait aucune preuve de fermeture inappropriée de la plaie qui aurait pu causer une hernie incisionnelle, qui, bien que rare, est presque impossible à éviter. - Bien que la patiente ait souffert des symptômes indiquant une occlusion intestinale possible, ceux-ci semblaient se calmer le jour du congé. - La patiente souffrait de dysphasie et dysphagie ce qui aurait pu la rendre moins capable d'exprimer une aggravation des symptômes à l'hôpital ou à la maison. De même, les vomissements auraient pu être attribués à la dysphagie. Il est aussi probable que la dysphagie ait augmenté la probabilité d'aspiration à la maison <p>Suite à la recommandation du Comité d'évaluation Médicale (MDPEC) du CUSM, nous allons revoir les instructions données aux patients lors de leur congé post chirurgie élective.</p>	<p>Envoyée au Bureau du Coroner</p>
4	<p>La programmation des alarmes du BiPap du patient semble avoir été faite par des intervenants du Programme National d'Assistance Ventilatoire à Domicile (PNVAD), un programme administré par le Centre universitaire de santé McGill. L'alarme en cas de débranchement de l'appareil était désactivée et le volume de l'alarme de la fréquence respiratoire était faible. Il n'est pas du mandat du Coroner d'évaluer le travail des équipes médicales, c'est pourquoi je recommande au Centre universitaire de santé McGill de réviser le dossier du patient.</p>	<p>Les recommandations ont été transmises à la direction des services multidisciplinaires, qui développera un plan d'action pour répondre aux recommandations du Coroner.</p>	<p>En cours</p> <p>(La lettre de réponse au Coroner est prévue pour être envoyée au Bureau du Coroner le 7 juin 2019)</p>

5	Que le ministère de la Santé et des Services sociaux prenne connaissance de ce rapport et le diffuse à l'ensemble des directions hospitalières afin qu'elles soient mises au fait des causes et circonstances du présent décès. Elles pourront par la suite s'assurer que chacune des directions des soins infirmiers réitère auprès du personnel soignant infirmier le caractère impératif et catégorique de l'application rigoureuse des protocoles déjà établis de surveillance après l'administration de narcotiques.	Discuté à la rencontre des gestionnaires - avril 2019 Les recommandations ont été transmises au bureau de la direction générale qui développera un plan d'action pour répondre aux recommandations du Coroner.	En cours (La lettre de réponse au Coroner est prévue pour être envoyée au Bureau du Coroner le 5 juin 2019)
6	Que le Directeur général du CUSM de procéder à l'Examen du dossier de la patiente pour s'assurer que le suivi postopératoire après la chirurgie du 17 janvier 2018 a été adéquat.	Discuté au MDPEC - 15 avril 2019 Les recommandations ont été transmises à la direction des services professionnels, qui développera un plan d'action pour répondre aux recommandations du Coroner.	En cours (La lettre de réponse au Coroner est prévue pour être envoyée au Bureau du Coroner le 21 juin 2019)
7	Je recommande à l'Hôpital général de Montréal de transmettre ce dossier au Comité de l'évaluation de l'acte afin qu'il examine la qualité des soins prodigués au patient à l'Hôpital général de Montréal du 12 au 16 décembre 2017.	Discuté au MDPEC - 15 avril 2019 Les recommandations ont été transmises à la direction des services professionnels, qui développera un plan d'action pour répondre aux recommandations du Coroner.	En cours (La lettre de réponse au Coroner est prévue pour être envoyée au Bureau du Coroner le 21 juin 2019)

Autres instances

- Une visite d'inspection professionnelle par le Collège des médecins de Québec (CMQ) a eu lieu au CUSM en janvier 2019. Les recommandations faisant suite à la visite sont à venir.
- Le 18 novembre 2018, le CUSM a été visité par une équipe d'inspecteurs de la FACT (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy). L'inspection FACT est une étape critique du renouvellement du statut d'accréditation du Programme de greffe de cellules souches (PGCS).

Le CUSM a temporairement perdu son accréditation FACT (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy) et ce, dès le 18 mars 2019. Ce retrait de certification après une récente visite d'inspection est lié à l'identification de lacunes administratives dans la collecte de certaines données et l'insuffisance des processus d'audit. Les équipes du CUSM sont mobilisées pour corriger la situation le plus rapidement possible. Les parties prenantes québécoises, soit Héma-Québec et le MSSS sont bien informées et au fait de la situation au CUSM.

Le retrait de la certification n'est aucunement lié à des lacunes au niveau clinique. Les soins prodigués aux patients recevant des greffes de cellules souches respectent les plus hauts standards et sont sécuritaires. Le programme demeure certifié par Santé Canada. Les services cliniques se poursuivent donc sans interruption et le CUSM est en mesure de recevoir des patients en transfert d'autres établissements sans inquiétude. L'accès à certains protocoles de recherche pourrait par contre s'avérer temporairement bloqué vu le non-agrément FACT du programme.

Il est à noter que l'échéancier de réaccréditation par la FACT est prévu à la fin de 2019 ou possiblement au début de 2020.

- Au CUSM, aux deux ans, Santé Canada inspecte l'organisation pour s'assurer qu'elle respecte le Règlement sur les CTO (sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation). Cette année, la visite de Santé Canada se tiendra du 10 -14 juin 2019. Cette inspection a pour but de surveiller les établissements qui manipulent des CTO afin de minimiser le risque potentiel pour la santé des receveurs canadiens de CTO humain. Lors de l'inspection, l'inspecteur examine la documentation des établissements et observe les pratiques, les locaux et les matériels. Après l'inspection, l'évaluateur de Santé Canada fournira à l'établissement un rapport des constats.

Le nombre de mises sous gardes dans un établissement selon la mission

	Mission CH	Total Établissement
Nombre de mises sous gardes préventives appliquées	694	694
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	114	114
Nombre de mises sous gardes provisoires ordonnées par le tribunal et exécutées	112	112
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présenté au tribunal par l'établissement	270	270
Nombre de mises sous gardes autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	267	267

L'Examen des plaintes et la promotion des droits

Les usagers et toute autre personne intéressée peut contacter le bureau central soit par téléphone, courriel au courrier pour en obtenir une copie papier. Voici les coordonnées du bureau :

Commissaire local aux plaintes/Ombudsman
Centre universitaire de santé McGill - CUSM
Hôpital général de Montréal
1650, ave. Cedar, bureau E6-164
Montréal, (QC) H3G 1A4
Tel : 514-934-8306
Fax : 514-934-8200
Courriel : ombudsman@muhc.mcgill.ca



6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Date	Activité	Information demandée	Nombre
10 décembre 2017 au 31 mars 2018	Soins palliatifs et fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	227
1er avril 2018 au 8 décembre 2018 (délais de 4 à 6 périodes fiscales pour la codification des données dans Med-Echo au CUSM)	Soins palliatifs et fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	495
10 décembre 2017 au 31 mars 2018	Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	5
1er avril 2018 au 31 mars 2019	Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	11
10 décembre 2017 au 31 mars 2018	Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	10
		Nombre d'aides médicales à mourir administrées	4
		Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	6
		- patients sont morts avant	4
		- patients n'ont pas pu consentir	1
		- patients ont changé d'avis	1
1er avril 2018 au 31 mars 2019	Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulée	49
		Nombre d'aides médicales à mourir administrées	37
		Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	12
		- patients sont morts avant	6
		- patients n'ont pas pu consentir	3
		- patients ont changé d'avis	1
		- demandes en attente	1
		- patient demandait de mettre la demande d'AMM en attente, et a décédé après	1



7. Les ressources humaines

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

12599213 - CUSM		2014-04-06 au 2015-04-04		2018-04-01 au 2019-03-30		
Sous-catégorie d'emploi	Valeurs	Heures travaillées	Heures sup.	Total heures	Nbre ETC	Nbre individus
12599213 - CUSM 1 - Personnel d'encadrement	2014-15	811 372	573	811 945	448	504
	2015-16	747 811	1 243	749 054	413	467
	2016-17	621 592	659	622 251	343	453
	2017-18	604 250	1 217	605 467	333	414
	2018-19	601 559	1 701	603 260	331	404
	Variation	(25,9%)	196,7%	(25,7%)	(26,1%)	(19,8%)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 291 511	14 902	1 306 413	703	935
	2015-16	1 260 032	12 733	1 272 765	685	923
	2016-17	1 299 994	7 898	1 307 892	707	913
	2017-18	1 344 622	7 454	1 352 076	733	996
	2018-19	1 439 718	9 075	1 448 793	784	1 045
	Variation	11,5%	(39,1%)	10,9%	11,6%	11,8%
3 - Personnel infirmier	2014-15	4 782 171	149 209	4 931 380	2 514	3 352
	2015-16	4 847 907	160 521	5 008 428	2 549	3 378
	2016-17	4 863 006	147 341	5 010 347	2 556	3 380
	2017-18	4 824 116	162 919	4 987 034	2 536	3 385
	2018-19	4 923 186	177 850	5 101 036	2 589	3 470
	Variation	2,9%	19,2%	3,4%	3,0%	3,5%
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 871 475	149 256	7 020 730	3 786	4 862
	2015-16	6 917 559	174 788	7 092 347	3 809	4 994
	2016-17	6 839 502	138 980	6 978 482	3 763	4 837
	2017-18	7 485 533	172 163	7 657 696	4 126	5 329
	2018-19	7 495 693	198 337	7 694 030	4 133	5 399
	Variation	9,1%	32,9%	9,6%	9,2%	11,0%
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 454 267	27 204	1 481 471	739	1 101
	2015-16	1 534 070	46 756	1 580 826	781	1 163
	2016-17	1 522 406	31 306	1 553 712	773	1 080
	2017-18	1 483 954	24 836	1 508 790	754	1 064
	2018-19	1 470 188	34 964	1 505 152	747	1 089
	Variation	1,1%	28,5%	1,6%	1,1%	(1,1%)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 262	35	10 297	6	27
	2015-16	6 228	146	6 374	4	17
	2016-17	4 659	11	4 671	3	14
	2017-18	8 767	5	8 771	5	34
	2018-19	12 421	26	12 448	7	44
	Variation	21,0%	(24,7%)	20,9%	21,6%	63,0%
Total du personnel pour 12599213 - CUSM	2014-15	15 221 058	341 179	15 562 236	8 195	10 676
	2015-16	15 313 607	396 187	15 709 794	8 239	10 767
	2016-17	15 151 159	326 195	15 477 355	8 145	10 488
	2017-18	15 751 242	368 593	16 119 835	8 487	11 063
	2018-19	15 942 764	421 954	16 364 718	8 592	11 297
	Variation	4,7%	23,7%	5,2%	4,8%	5,8%

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019

16,253,806

Écart à la cible

110,912

Écart à la cible en %

0.7%

La cible des heures rémunérées pour 2018-2019 est de 16 253 806.

L'écart à la cible pour le CUSM est de 110 912.

Nous dépassons la cible de 0,7 %.

Les raisons entourant le dépassement de la cible sont :

- L'augmentation du nombre des postes de la sous-catégorie ouvriers, personnel d'entretien et de service soit les gardiens de sécurité
 - les postes ont été ajustés suite aux analyses effectuées afin de répondre au standard de sécurité pour les services de psychiatries du CUSM
- L'augmentation des heures travaillées en temps supplémentaire des préposés à l'entretien ménager
- L'ajout de postes de plombier, menuisier et de peintre a également contribué à augmenter les heures travaillées
- L'ajout de postes pour le maintien des services dans Optilab a contribué à l'augmentation des heures travaillées dans la sous-catégorie Personnel de bureau, technicien et assimilé
- L'intégration des employés de Syscor au CUSM a contribué à l'augmentation des heures dans la sous-catégorie Personnel professionnel
- Dans la sous-catégorie Étudiants et stagiaires, l'augmentation des embauches d'externes en soins infirmiers fait également partie des augmentations des heures travaillées



8. Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

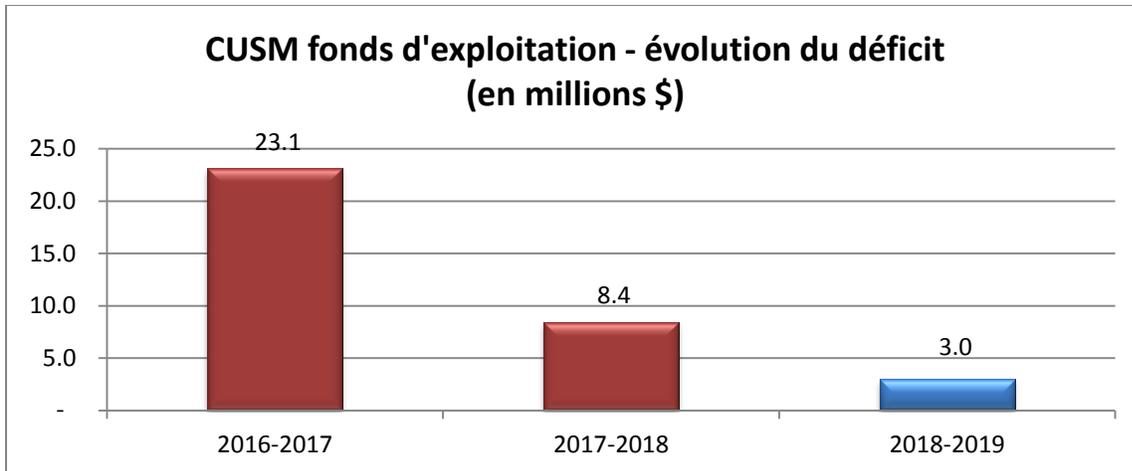
Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	320,126 \$	0.03%	225,689 \$	0.02%
Services généraux - activités cliniques et d'aide	2,971,800 \$	0.29%	1,494,731 \$	0.15%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	11,272,441 \$	1.08%	11,032,865 \$	1.11%
Déficiences physiques		0.00%	- \$	0.00%
Déficiences intellectuelles et TSA		0.00%	- \$	0.00%
Jeunes en difficulté		0.00%	- \$	0.00%
Dépendances	335,947 \$	0.03%	352,323 \$	0.04%
Santé mentale	18,589,545 \$	1.79%	16,903,136 \$	1.70%
Santé physique	759,863,879 \$	73.03%	720,342,185 \$	72.46%
Programmes soutien				
Administration	83,872,756 \$	8.06%	80,548,831 \$	8.10%
Soutien aux services	64,633,592 \$	6.21%	64,890,628 \$	6.53%
Gestion des bâtiments et des équipements	98,648,981 \$	9.48%	98,275,105 \$	9.89%
Total	1,040,509,067 \$	100.00%	994,065,493 \$	100.00%

Pour plus d'information sur les ressources financières, le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport annuel AS-471 publié sur le site Internet du CUSM (www.cusm.ca).

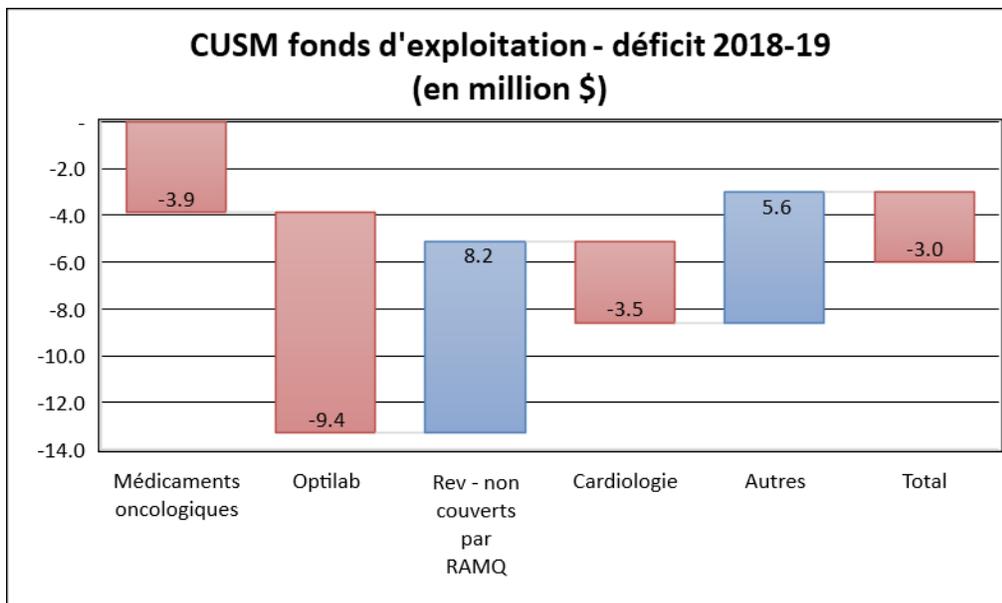
L'équilibre budgétaire

Selon les résultats de la page 200 du rapport financier AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2019, CUSM n'a pas été en mesure de maintenir l'équilibre budgétaire. Le rapport financier présente un déficit global de 11,5 M\$, soit 3,0 M\$ pour le fonds d'exploitation et 8,5 M\$ pour le fonds d'immobilisations.

Toutefois, nous pouvons noter que les efforts du plan de retour à l'équilibre, sur 2 ans, ont porté fruits. Nous nous sommes assurés que les réductions escomptées (et qui se sont matérialisées) n'ont occasionné aucune baisse de la qualité des services et ont été sans impact sur l'accès aux services tel qu'attendu de la part de notre établissement. Nous allons donc poursuivre la surveillance de signes d'impacts négatifs à ce niveau.



Le déficit de 3,0 M\$ se compose d'éléments nouveaux ou dont la pression budgétaire a augmenté en 2018-19 en raison d'une demande accrue pour répondre aux besoins de la population de notre RUIS. Ces éléments avaient été divulgués comme points de pression budgétaire bien avant la fin de l'année financière et font partie des activités primaires du CUSM.



Le déficit de 8,5 M\$ est attribuable, en majeure partie, à l'amortissement de la portion autofinancée (stationnement) du bâtiment du site Glen.

Les contrats de services

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

	<u>Nombre</u>	<u>Valeur</u>
Contrats de services avec une personne physique¹	5	\$ 357 500,00
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique²	53	\$ 43 828 977,78
Total des contrats de services (techniques et professionnels)	58	\$ 44 186 477,78

1 Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

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



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 2019		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
L'établissement n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du MSSS concernant des terrains financés par emprunts. Cette situation constitue une dérogation au SP3410 « Paiement de transfert » qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu'elles sont autorisées par le MSSS à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que l'établissement a satisfait aux critères d'admissibilité.	2014-15	R	La direction applique la directive du MSSS			X
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
L'unité de mesure « Les heures de formation » pour le centre d'activité 5950 – Formation donnée par le personnel infirmier n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car l'ensemble des heures travaillées ont été compilées plutôt que les heures de formation.	2014-15	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesure est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2019-2020			X
L'unité de mesure « La visite » pour le centre d'activité 6302 - Consultations externes spécialisées n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'une clinique pour la même condition médicale dans la même journée.	2015-16	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesure est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2019-2020			X

L'unité de mesure « La visite » pour le centre d'activité 7061 - Services externes d'oncologie et d'hématologie n'a pas été entièrement compilée, ce qui n'est pas conforme au Manuel de gestion financière.	2015-16	R		X		
L'unité de mesure « Le jour-présence » pour les centres d'activités 6023 - Activités générales de soins aigus, 6031- Activités générales de soins aigus et 6100 - Psychiatrie légale n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car des pourcentages de répartition ont été utilisés afin de répartir les unités dans les centres d'activités.	2016-17	R		X		
L'unité de mesure « La visite à domicile » pour le centre d'activité 6171 - Soins infirmiers spécialisés à domicile- santé physique présente l'absence d'éléments probants suffisants en support à la compilation.	2016-17	R		X		
L'unité de mesure « L'utilisateur » pour le centre d'activité 6332- Services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale - 18 ans et plus et les unités de mesure « L'intervention » et « L'utilisateur » pour le centre d'activité 6564- Psychologie n'ont pas été compilées conformément au Manuel de gestion financière, car les unités ne sont pas compilées dans le même centre que les charges salariales.	2016-17	R		X		
L'unité de mesure « Le repas » pour le centre d'activité 7554- Alimentation Autres n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car certaines données ont été estimées.	2016-17	R		X		
L'unité de mesure « L'utilisateur » pour le centre d'activité 6900-Réinsertion et intégration sociales (Santé physique) et 7532 -Archives n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car la compilation est faite en fonction des demandes envoyées plutôt que des demandes approuvées.	2017-18	R		X		

L'unité de mesure « La participation » et « Le temps vécu-loisir » pour le centre d'activité 6890 - Animation- Loisir présente l'absence d'éléments probants suffisants en support à la compilation.	2017-18	R		X		
L'unité de mesure « L'usager » pour les centres d'activités 7060 - Services d'oncologie et d'hématologie et 7062 - Accompagnement des usagers atteints de cancer par l'IPO présente l'absence d'éléments probants suffisants en support à la compilation et l'unité n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pendant l'exercice.	2017-18	R		X		
L'unité de mesure « Le mètre cube » pour le centre d'activité 7703 - Fonctionnement des installations n'a pas été compilée au cours de la période financière puisqu'aucun document n'existe pour valider l'ensemble des superficies occupées.	2017-18	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesure est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2019-2020			X
L'unité de mesure « Le mètre carré » pour les centres d'activités 7644 – Hygiène et salubrité - tâche opérationnelles, 7710 - Sécurité et 7801 - Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non médical et mobilier (propriété CHQ ou établissement public) n'ont pas été compilés au cours de la période financière puisqu'aucun document n'existe pour valider l'ensemble des superficies occupées.	2017-18	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesure est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2019-2020			X
L'unité de mesure « L'usager » pour le centre d'activité 6260- bloc opératoire n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car il est impossible d'identifier si un usager a eu plus d'une opération dans une même journée.	2017-18	R		X		

L'unité de mesure « Jour-présence » pour le centre d'activité 7703-Fonctionnement des installations-autres n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car sa compilation comprend l'unité de mesure « L'utilisateur » du centre d'activité 6260- Bloc opératoire, qui fait l'objet d'une réserve.	2017-18	R		X		
L'unité de mesure « La procédure pondérée » pour le centre d'activité 6606 - Centre de prélèvements n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car il existe des écarts entre les données compilées et les éléments probants en support à la compilation.	2018-19	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesure est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2019-2020			X
L'unité de mesure « L'utilisateur » pour le centre d'activité 7090 - L'unité de médecine n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car il y a absence d'éléments probants suffisants à la compilation.	2018-19	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesure est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2019-2020			X
Certains établissements du Centre Universitaire de Santé McGill doivent compiler l'unité de mesure « usagers distincts ». Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2018-19	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesure est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2019-2020			X
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						
Le résultat des opérations de l'établissement va à l'encontre de la loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement ne doit encourir de déficit à la fin de l'année financière	2017-18	C	Le résultat du fonds d'exploitation est inférieur à 1 % du budget			X



10. La divulgation des actes répréhensibles

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

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



Annexe

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs



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

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION

EN VERTU DE LA

LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (chapitre M-30)

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	7
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	11
Section 4 — APPLICATION.....	13
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	18
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	19
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	20
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	21
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	22
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	23
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	24

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour 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 lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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.

19. Processus disciplinaire

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

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

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

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

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

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

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

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

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

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

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature _____ **Date** *[aaaa-mm-jj]* _____ **lieu** _____

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :		
1. Intérêts pécuniaires		
<input type="checkbox"/> Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 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 _____.		
<input type="checkbox"/> J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:		

3. Emploi		
« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.		
Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).		
En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.		
_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu

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

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant :
_____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

