



Rapport annuel de gestion

2018–2019

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

POUR
UN MONDE
EN SAN+É

Québec 

Publié par la direction adjointe des communications et des relations avec les médias

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

555, boul. Gouin Ouest, Montréal (Québec) H3L 1K5

Tél. : 514 331-3025, poste 71016

Web: ciusss-nordmtl.gouv.qc.ca
facebook.com/CIUSSSntml

Courriel: servicedescommunications.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Note: Dans cette publication, le féminin comme le masculin sont pris dans leur sens générique et désignent aussi bien les hommes que les femmes.

Coordination et rédaction

Josée-Michelle Simard en collaboration avec les directions cliniques et de soutien

Correction d'épreuves

Argos Interprètes et Traducteurs inc.

Conception graphique et infographie

Emmanuel Campeau

Dépôt légal:

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN 978-2-550-84322-1 (version imprimée) (en août)

ISBN 978-2-550-84323-8 (version PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'île-de-Montréal, 2019
Tous droits réservés.

Table des matières

Message de la présidente du conseil d'administration et du président-directeur général	6
Déclaration de fiabilité des données.....	8
À propos du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	9
Organigramme de la haute direction.....	11
Conseil d'administration	13
Comités, conseils et instances consultatives	13
Faits saillants des activités en 2018-2019	21
Soutien, administration et performance.....	21
Programme de santé physique générale et spécialisée	22
Programmes sociaux et de réadaptation	23
Enseignement	25
Recherche.....	26
Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019	29
Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	41
Soins palliatifs et soins de fin de vie	46
Ressources humaines de l'établissement	47
États financiers et analyse des résultats des opérations	49
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	52

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

2018-2019 : une année de consolidation

De grands travaux d'organisation des soins et services ont marqué les premières années d'existence de notre CIUSSS. Entamée sous le thème de la consolidation des acquis, cette quatrième année a également constitué une période charnière dans le développement de notre établissement.

Une nouvelle équipe de direction est entrée en fonction au cours des derniers mois. Nous avons établi nos priorités organisationnelles, autour desquelles nous entendons poursuivre le déploiement de nos diverses missions. Nous visons la mise en place d'un CIUSSS attirant, accueillant et innovant, pour notre personnel comme pour la population, dans lequel il est facile de naviguer et dont les soins et services sont solidement ancrés dans la communauté, en amélioration continue grâce aux forces de chacun. Cette vision inclut la prise en compte de la perspective de l'utilisateur dans le déploiement de nos initiatives d'amélioration. Nous considérons le savoir et l'expérience de l'utilisateur partenaire comme un élément essentiel dans la planification, l'organisation et l'amélioration continue de notre offre.

Les visiteurs d'Agrément Canada, venus évaluer notre structure de gouvernance et le leadership au sein des équipes en décembre dernier, ont d'ailleurs souligné le haut niveau d'engagement de tous envers la qualité des soins et services et la sécurité de la clientèle. Nous sommes très fiers d'avoir obtenu un niveau de conformité aux pratiques requises de 92 %.

Les services de première ligne

L'accès à un médecin de famille est demeuré parmi nos préoccupations cette année. C'est dans cette optique que nous avons effectué des démarches de recrutement fructueuses, notamment à l'étranger, en vue d'accroître l'offre sur notre territoire. Au cours des deux prochaines années, nous prévoyons l'arrivée de 38 nouveaux médecins sur notre territoire.

En complémentarité avec les services médicaux, et afin de favoriser de bonnes habitudes de vie au sein de notre population, nous avons travaillé à la bonification de notre offre en prévention et gestion des maladies chroniques. Cette offre vise notamment la santé cardiaque et pulmonaire ainsi que la saine gestion du poids. Un nouveau centre intégré d'expertise dans ce domaine devrait ouvrir ses portes en 2020, le premier au Québec à intégrer l'ensemble des soins généraux aux soins ultraspecialisés, avec une mission de recherche et d'enseignement aux futurs professionnels de la santé.

Les services hospitaliers en santé physique

Les travaux en vue d'accroître l'accès à nos urgences se sont maintenus cette année, notamment grâce à la poursuite du programme de réorientation des clientèles vers les cliniques du territoire. Ce sont ainsi 14 000 usagers par année qui sont pris en charge de façon rapide et sécuritaire dans nos cliniques plutôt qu'aux urgences.

La qualité de nos soins et services en milieu hospitalier passe également par la modernisation de nos installations. À l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM), le projet majeur de modernisation progresse selon les échéanciers. L'aile abritant un centre intégré de traumatologie, une unité mère-enfant et des services d'endoscopie, devrait accueillir ses premiers usagers en 2021. À cette grande phase, s'est ajoutée la modernisation du service de médecine nucléaire, incluant l'ajout d'un appareil de tomographie par émission de positons, ainsi que la rénovation de l'unité des blessés médullaires réalisée cette année.

Une nouvelle phase de travaux à l'HSCM, visant le bloc opératoire, la chirurgie d'un jour, la cardiologie et le retraitement des dispositifs médicaux, a fait l'objet d'une annonce ministérielle en août 2018. Trois nouveaux projets sont également en planification, soit l'aménagement d'une aile réservée aux cliniques externes, d'un centre intégré de suppléance rénale et d'un centre de cancérologie.

À l'Hôpital Fleury, l'évaluation des coûts de modernisation de l'urgence est en cours, tandis qu'à l'Hôpital Jean-Talon, un réaménagement important des activités de chirurgie est en planification.

Les services aux personnes âgées

Dans un souci de maintenir la qualité des services offerts aux personnes âgées dans nos hébergements, et dans un contexte où les résidents que nous accueillons présentent des problèmes de santé de plus en plus complexes, nous avons entrepris de regrouper les clientèles dans nos résidences selon leurs besoins. Nous avons créé des micro-milieus permettant d'assurer une meilleure cohésion dans nos pratiques, de développer de nouvelles expertises cliniques et une plus grande sécurité pour les résidents et leurs familles.

Nous aménageons également une maison de soins palliatifs pour y recevoir la clientèle en fin de vie dans un milieu accueillant et respectueux. Nous avons aussi entamé la rénovation de nos CHSLD pour améliorer le confort des milieux de vie de nos résidents. Enfin, deux nouvelles ressources intermédiaires privées verront le jour sur notre territoire prochainement pour y recevoir des personnes en perte d'autonomie dans un environnement moderne.

Les services à l'enfance et à la jeunesse

En services à la jeunesse, nous sommes très fiers d'avoir été choisis pour ouvrir la première Aire ouverte à Montréal. Il s'agit d'un projet pilote novateur lancé par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vue d'offrir aux jeunes de 12 à 25 ans des services de santé et de soutien social adaptés à leurs besoins, dans un environnement et selon un modèle tout nouveau. Développé en partenariat avec les acteurs communautaires, Aire ouverte ouvrira ses portes dès juin 2019!

Annoncé l'an dernier, le projet de construction de la Maison des naissances se poursuit et devrait accueillir les premières mamans dès 2020.

Les services en santé mentale

En santé mentale jeunesse, grâce à l'harmonisation de nos processus, nous avons amélioré l'accès à nos services pour les clientèles de notre territoire ainsi que pour tout le réseau de Laval et de l'est de Montréal.

À l'intention de la clientèle adulte, un nouveau programme d'animation musicale unique en son genre est né de la collaboration avec le secteur de l'enseignement. Grâce au soutien d'un fonds privé, des bourses sont offertes à des étudiants en musique afin d'humaniser le milieu de soins et de développer l'engagement social chez les jeunes, le tout au bénéfice des usagers hospitalisés de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost.

Sur le plan des infrastructures, des démarches sont en cours pour moderniser les installations de cet hôpital qui se fait vieillissant.

La recherche et l'enseignement

Le dernier exercice a vu l'aboutissement de deux projets d'importance pour notre mission académique. L'ouverture dans nos locaux du centre de formation régional ESPA Montréal, un environnement d'apprentissage haut de gamme, doté de systèmes de simulation sophistiqués, et la mise à niveau de la bibliothèque Norman-Bethune, à l'HSCM, maintenant équipée de technologies de pointe.

Du côté de la recherche, la réunion sous une même entité de nos trois équipes de recherche, spécialisées en santé physique, santé mentale et étude psychosociale, est sur le point de voir le jour. Il s'agira de la première structure de ce genre à recevoir l'aval du Fonds de recherche du Québec. Elle créera un pôle très attractif pour l'avancement des soins et services en santé. Notre centre de recherche jouit maintenant d'un financement de 11 millions de dollars.

Ensemble, fiers et passionnés, innovons... pour créer un monde en santé

Le recrutement de personnel qualifié demeure un défi, pour tout le réseau de la santé. Mais les mesures et la nouvelle approche de gestion des ressources humaines que nous déployons cette année portent fruits.

Nous tenons à remercier chaleureusement tout le personnel pour son engagement quotidien, sa mobilisation dans la réalisation de nos missions et son dévouement auprès de nos clientèles. Nous souhaitons également saluer le travail de nos fondations, dont le soutien est précieux pour la modernisation de nos installations. Ensemble, nous créons un environnement de travail stimulant et un milieu de soins et services innovant, au service de la population, de nos usagers et de nos résidents.



Frédéric Abergel
Président-directeur général



Lucy Rodrigues
Présidente du conseil d'administration

Déclaration de fiabilité des données

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

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

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

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

Le président-directeur général,



Frédéric Abergel

À propos du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Mission

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM) :

- est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS);
- a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, ce qui inclut le volet santé publique;
- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CH, CLSC, CHSLD), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.);
- assume des responsabilités de desserte d'une partie de l'ouest et du nord du Québec pour des services spécialisés et surspécialisés.

Valeurs

- Humanisme
- Respect
- Innovation et excellence
- Équité

Priorités organisationnelles

Ensemble, fiers et passionnés, innovons pour créer un monde en santé. C'est la vision que nous nous sommes donnée cette année. Pour la concrétiser, nous avons identifié quatre grandes priorités organisationnelles, soit de devenir un CIUSSS :

- attirant, accueillant et innovant;
- facile à naviguer;
- ancré dans sa communauté;
- en amélioration constante grâce aux forces de chacun.

Mandat universitaire

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal est affilié à l'Université de Montréal. Important partenaire dans la formation des médecins et des professionnels de la santé, il concentre ses activités de recherche sur trois principaux pôles : la recherche biomédicale, la recherche sociale et la recherche en santé mentale chez les enfants et les adolescents.

Mandats suprarégionaux

- Traumatologie (nord et ouest du Québec)
- Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Ouest du Québec
- Centre d'expertise en traumatismes crâniens légers (territoire de traumatologie de l'Île de Montréal et Laval)
- Centre provincial pour la clientèle tétraplégique ventilo-assistée
- Médecine hyperbare (ouest du Québec)
- Maladie génétique rénale (tout le Québec)
- Centre de prélèvement d'organes
- Centre d'angioplastie primaire et de sauvetage, dans les cas d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) (Laurentides, Laval Ouest et territoire du CIUSSS NIM)
- Centre secondaire dans le cadre du continuum de services pour personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (une partie de Laval, l'Hôpital général du Lakeshore et le territoire du CIUSSS NIM)
- Équipe suprarégionale (niveau 3) en cancer du poumon
- Pédopsychiatrie (RUIS de l'Université de Montréal)

Ressources en santé et services sociaux

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal compte 25 installations offrant des soins et services à la population, soit :

5 hôpitaux

- Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal
- Hôpital Fleury
- Hôpital Jean-Talon
- Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies
- Hôpital en santé mentale Albert-Prévost

6 centres locaux de services communautaires [CLSC]

- CLSC d'Ahuntsic
- CLSC de Bordeaux-Cartierville
- CLSC de La Petite-Patrie
- CLSC de Montréal-Nord
- CLSC de Saint-Laurent
- CLSC de Villeray

11 centres d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD]

- Auclair
- de Cartierville
- de Saint-Laurent
- de La Petite-Patrie
- Laurendeau
- Légaré
- Notre-Dame-de-la-Merci
- Paul-Gouin
- Paul-Lizotte
- Saint-Joseph-de-la-Providence
- des Bâtisseurs

3 centres ambulatoires

- Centre de services ambulatoires en santé mentale Grenet
- Centre de services ambulatoires en santé mentale Papineau
- Centre de services ambulatoires en santé mentale Fleury

Sur le territoire du CIUSSS, on trouve également :

- 60 cliniques médicales dont 16 groupes de médecine de famille (GMF) qui comprennent :
 - 2 unités de médecine familiale en GMF (UMF) assurant l'enseignement clinique;
 - 6 groupes de médecine familiale réseau (GMF-R).

Territoire

Le territoire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal s'étend sur 88 km² et se situe dans la partie nord de l'île de Montréal. Il dessert totalement ou partiellement les secteurs montréalais suivants :

- Ahuntsic et Cartierville;
- Montréal-Nord;
- Saint-Laurent;
- Villeray, Saint-Michel et Parc-Extension;
- Rosemont et La Petite-Patrie.

Population

Comptant 445 600 habitants, le territoire du CIUSSS NIM est le deuxième plus peuplé de la région et représente plus du cinquième (22 %) de la population montréalaise totale. Il offre aussi des services spécialisés principalement en traumatologie, en santé respiratoire, en santé cardiovasculaire et en santé mentale à 1,8 million de Québécois d'autres régions.

Le territoire présente également des caractéristiques socioéconomiques particulières puisque la population immigrante est la plus importante à Montréal en nombre d'individus (164 745). Les proportions d'immigrants, tant récents sur 5 ans (9 % contre 7 % pour Montréal) que totaux (40 % contre 34 % pour Montréal), sont les deuxièmes plus élevées de l'île de Montréal.

Ressources d'hébergement

Le CIUSSS NIM est responsable de :

- 1 756 lits d'hébergement;
- 72 lits de soins post-aigus gériatriques et 56 lits d'unités de courte durée gériatrique;
- 716 places en ressources non institutionnelles;
- 18 places en ressources de type familial.

Portrait sociosanitaire des jeunes du territoire

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

Ressources humaines

Le personnel

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal compte à son emploi 12 107 personnes, soit environ 19 % de l'ensemble des effectifs des CIUSSS de Montréal. Parmi le nombre d'employés, nous comptons 8 916 équivalents temps complet.

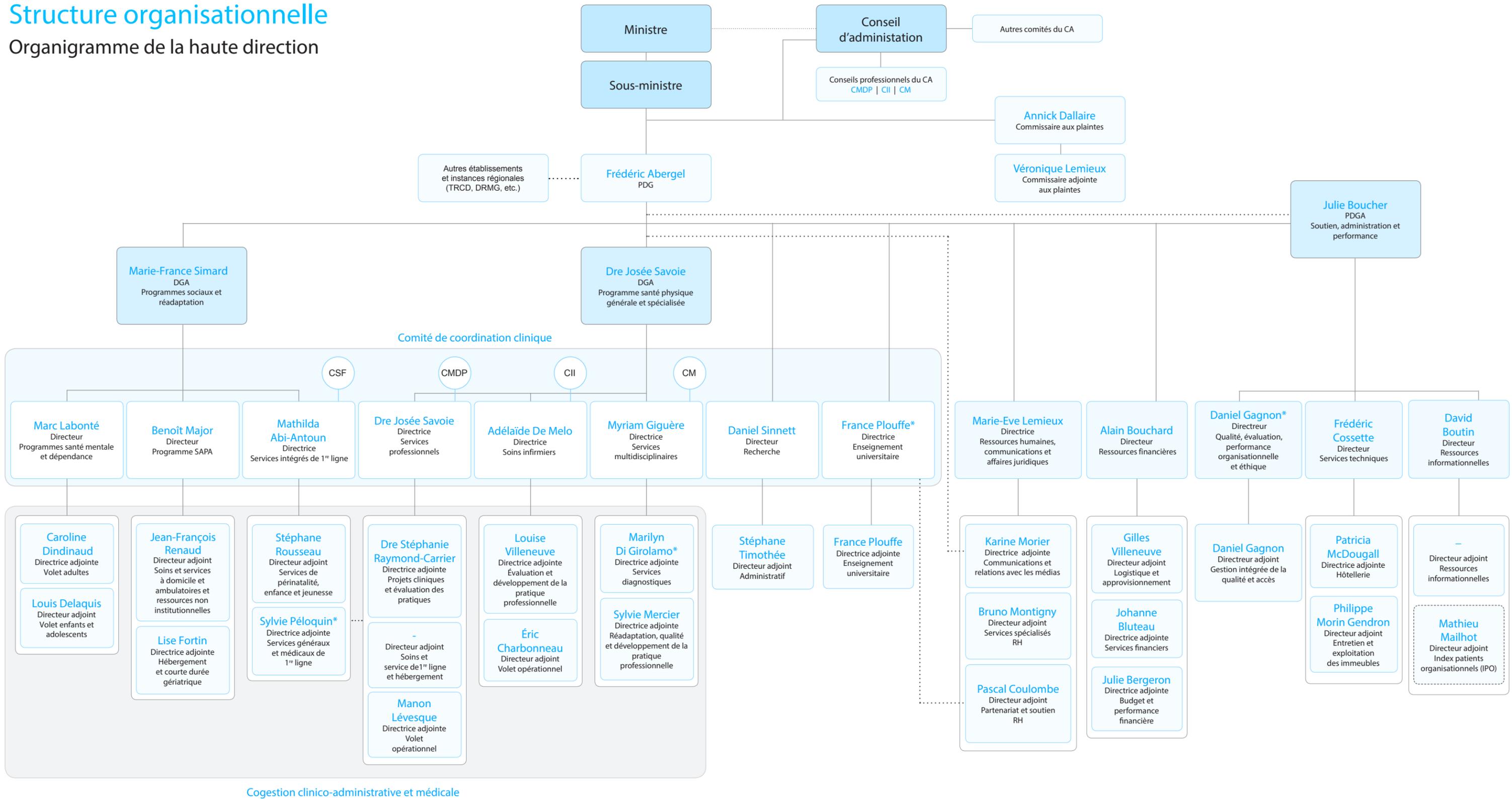
Les médecins

Le CIUSSS NIM a compté cette année 818 médecins omnipraticiens et spécialistes qui ont travaillé au sein de ses 25 installations.

	CIUSSS	GMF et cliniques du territoire
Médecins de famille	276	225
Spécialistes	542	80
Total	818	305

Structure organisationnelle

Organigramme de la haute direction



* Par intérim

CA : conseil d'administration
 CII : conseil des infirmières et infirmiers
 CM : conseil multidisciplinaire
 CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
 CSF : conseil des sages-femmes

DGA : directrice-générale adjointe
 DRMG : Département régional de médecine générale
 PDG : président-directeur général
 PDGA : président-directeur général adjoint
 TRCD : Table régionale des chefs de département

Conseil d'administration [CA]

Membres désignés

Dr Zahi Abou Chacra

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Mme Manon Boily

Conseil multidisciplinaire (CM)

Mme Lyne Constantineau

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Dr Albert Hajjar

Département régional de médecine générale (DRMG)

Mme Marilyn Prévost

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Mme Monique Prévost

Comité des usagers du Centre intégré

Membres nommés

M. Frédéric Abergel

Président-directeur général

Secrétaire

Mme Louise Béliveau

Universités affiliées

M. Frédéric Bouchard

Universités affiliées

Membres indépendants

M. Norman Décarie

Profil : Risques, finances, comptabilité

Mme Lucie Gérin

Profil : Organisation communautaire

M. Yvon Jasmin

Profil : Réadaptation

Mme Marianne Le Roux

Vice-présidente

Profil : Expertise en réadaptation

M^e Louis Letellier de Saint-Just

Profil : Santé mentale

Mme Alida Piccolo

Profil : Expérience à titre d'utilisateur des services sociaux

Mme Josephine Primiani

Comité langue anglaise

Profil : Gouvernance et éthique

Mme Lucy Rodrigues

Présidente

Profil : Ressources immobilières, informationnelles ou humaines

M. Gladimy Telus

Profil : Protection de la jeunesse

M. Jean-Pierre Urbain

Profil : Vérification, performance ou gestion de la qualité

Membre observateur

M. Mikaël Vachon

Fondations

Comités, conseils et instances consultatives

Comité de gouvernance et d'éthique

M^e Louis Letellier de Saint-Just

Président, membre indépendant du CA

M. Frédéric Abergel

Président-directeur général

Mme Louise Béliveau

Membre du CA

Mme Manon Boily

Membre du CA

M. Jean-Pierre Urbain

Membre du CA

Comité de vérification

Mme Marianne Le Roux

Présidente, membre du CA

M. Frédéric Abergel

Président-directeur général

M. Alain Bouchard

Directeur des ressources financières

Mme Lucie Gérin

Membre du CA

M. Yvon Jasmin

Membre du CA

M. Gladimy Telus

Membre du CA

M. Jean-Pierre Urbain

Membre du CA

M. Mickaël Vachon

Membre observateur du CA

Comité de vigilance et de la qualité

Mme Alida Piccolo
Présidente, membre du CA

Mme Lucy Rodrigues
Vice-présidente, présidente du CA

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général

Mme Annick Dallaire
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Mme Monique Prévost
Membre du CA

Mme Josephine Primiani
Membre du CA

Comité d'évaluation des mesures disciplinaires

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général

Dr Albert Hajjar
Membre du CA

M. Yvon Jasmin
Membre du CA

Mme Alida Piccolo
Membre du CA

Mme Lucy Rodrigues
Membre du CA

Comité de révision

Dr Laurent Côté
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dr André Beaupré
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (substitut)

M. Norman Décarie
Président, membre du CA

Mme Marianne Le Roux
Membre du CA, substitut

Comité des ressources humaines

Mme Lucy Rodrigues
Présidente, présidente du CA

Mme Lucie Gérin
Vice-présidente, membre du CA

Mme Julie Boucher
Présidente-directrice générale adjointe

Mme Marie-Ève Lemieux
Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Mme Alida Piccolo
Membre du CA

M. Jean-Pierre Urbain
Membre du CA

Comité de la mission académique

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général

Mme Louise Béliveau
Membre du CA

M. Frédéric Bouchard
Membre du CA

M. Yvon Jasmin
Membre du CA

Dr Albert Hajjar
Membre du CA

Mme France Plouffe
Directrice par intérim de l'enseignement universitaire

M. Daniel Sinnett, Ph. D.
Directeur de la recherche

Comité de gestion des risques

Mme Irène Ayotte
Direction des services professionnels

Mme Lucie Blain
Personne désignée qui offre pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier

Mme Virginia Cernit
Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

Mme Line Coudry
Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

M. Éric Charbonneau
Directions des services professionnels et des soins infirmiers

Mme Hélène Courchesne
Direction des services professionnels

Mme Annie Dénomée
Conseil multidisciplinaire

Mme Caroline Duchesne
Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

Dre Magdalene Duniewicz
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

M. Pierre-Michel Gélinas
Direction des services techniques

Mme Nicole Huneault

Patiente partenaire

Mme Lizanne Hogan-Garceau

Direction des services techniques

M. Pierre Jombart

Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

M. Orazio La Riccia

Direction des services techniques

Mme Carole Leblanc

Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées

Mme Kostidina Linardakis

Direction des programmes de santé mentale et dépendance

Mme Chantal Morrier

Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

Mme Monique Prévost

Comité des usagers du Centre intégré

M. Joao Rodrigues

Direction des ressources informationnelles

M. Stéphane Rousseau

Direction des services intégrés de 1^{re} ligne

Mme Chantal Voghel

Conseil des infirmières et infirmiers

Vacant

Conseil des sages-femmes

Comité d'éthique de la recherche

Sous-comité sciences biomédicales

Mme Élodie Petit

Présidente, personne versée en éthique

Mme Isabelle Larouche

Vice-présidente, scientifique non médecin

M^e Marie Boivin

Juriste

Mme Henriette Bourassa-Bataille

Membre représentant la collectivité

Mme Christine Grou

Personne versée en éthique

Mme Isabelle Gauvreau

Membre représentant la collectivité

Dr Yvan Pelletier

Scientifique médecin

Mme Jadranka Spahija

Scientifique non médecin

Dr Marcio Stürmer

Scientifique médecin

Sous-comité sciences sociales, santé mentale, santé publique

Mme Élodie Petit

Présidente, personne versée en éthique

Me Delphine Roigt

Vice-présidente, juriste

Mme Lise Bergeron

Scientifique non médecin

Mme Marie-Josée Désy

Membre représentant la collectivité

Mme Isabelle Courcy

Scientifique non médecin

Mme Boutheina Jemel

Scientifique non médecin

Conseil des infirmières et infirmiers

Mme Chantal Voghel

Présidente

Mme Catherine Legault

Vice-présidente

Mme Annie Trottier

Trésorière

M. Régis Godin

Secrétaire et agent de communication

Mme Mirna Abboud

Conseillère

Mme Johannie Bancel-Guenette

Conseillère

Mme Claudie Beauséjour

Conseillère

Mme Urielle Étienne

Conseillère

M. Jean-René Héту

Conseiller

Mme Caryne Jean-Baptiste

Conseillère

Mme Isabelle Lussier

Membre cooptée

Mme France Plouffe

Membre cooptée

Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Mme Lise Therrien

Présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Vacant

Vice-présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Mme Élisabeth Duguay

Observatrice, présidente du comité de la relève infirmière et infirmière auxiliaire

Mme Marylin Prévost

Observatrice, représentante du comité des infirmières et infirmiers au conseil d'administration

M. Frédéric Abergel

Président-directeur général

Mme Julie Boucher

Présidente-directrice générale adjointe

Mme Adélaïde De Melo

Directrice des soins infirmiers

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dr Donald Eddé

Président

Dr Jean Papacotsia

Vice-président intérimaire et trésorier

Dre Marie-Michèle Robert

Secrétaire

Dre Marie-Josée Desjardins

Trésorière

Dre Isabelle Boulanger

Conseillère

Dre Monique Desjardins

Conseillère

Dr Thomas Hemmerling

Conseiller

Dr Tarek Khreiss

Conseiller

Dr Alain Lévesque

Conseiller

Dr Nicolas Saumart-Dufour

Conseiller

Dr Zouhair Sidani

Conseiller

Dr Jean Sharestan

Conseiller

M. Frédéric Abergel

Président-directeur général

Dr Zahi Abou Chacra

Représentant du CMDP au CA

Mme Julie Boucher

Présidente-directrice générale adjointe

Dre Josée Savoie

Directrice générale adjointe, Programme de santé physique et spécialisée et directrice des services professionnels

Conseil multidisciplinaire

M. Steve Cornellier

Président

Mme Annie Denommé

Vice-présidente

Mme Patricia Décarie

Responsable des communications

Mme Gervaise Tardif

Trésorière

M. Étienne Dumais-Roy

Secrétaire

Mme Caroline Angers

Membre

Mme Manon Boily

Membre

Mme Lyne Chayer

Membre

Mme Jennifer Dahak-El-Ward

Membre

Mme Farah Jamal

Membre

Mme Penny Lafrance

Membre

M. Jessie Langlois

Membre

Mme Line Paquette

Membre

Mme Cynthia Prévost

Membre

M. Frédéric Abergel

Président-directeur général

Mme Julie Boucher

Présidente-directrice générale adjointe

Mme Miryam Giguère

Directrice des services multidisciplinaires

Mme Maryse Massé

Chef du service de l'enseignement universitaire, volet médical et service documentaire

Faits saillants des conseils et comités

Conseil d'administration

Le conseil d'administration a discuté de plusieurs dossiers et projets stratégiques pour le CIUSSS au cours de la dernière année, dont :

- Adoption de plusieurs politiques, procédures et règlements essentiels au bon fonctionnement du CIUSSS :
 - Divulgarion d'actes répréhensibles par les personnes œuvrant au sein de l'établissement
 - Dotation des postes cadres
 - Développement des cadres
 - Lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation vulnérable
 - Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
 - Alcool et drogues en milieu de travail
 - Organisation et fonctionnement des départements de médecine spécialisée, d'anesthésiologie, de pédiatrie et d'imagerie médicale
- Adoption du cadre d'éthique du CIUSSS et d'un changement d'orientation sur l'enseignement dans l'établissement en regroupant sous la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques l'ensemble des activités de gestion des stages pour les niveaux secondaire, collégial et universitaire, à l'exclusion des stages dans les disciplines de médecine et de médecine dentaire.
- Prolongation des nominations, privilèges et statuts actuels de tous les médecins, dentistes et pharmaciens œuvrant au CIUSSS. Il a aussi mis en place un comité de développement durable.
- Modifications à la structure organisationnelle dans la Direction du programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.
- En matière de sécurité et d'accessibilité aux soins et services, adoption du plan d'action du CIUSSS à l'égard des personnes handicapées, ainsi que du plan d'action proposé pour répondre aux enjeux prioritaires identifiés par le Comité des usagers du centre intégré (CUCI).
- Participation à deux formations, la première sur l'intelligence collective en gouvernance, la deuxième sur le système de gestion de l'amélioration continue.

Il n'y a pas eu de signalement d'infraction ou de questionnement éthique en regard des règles du code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration.

Comité de vérification

Le comité de vérification a tenu six rencontres en présence et cinq rencontres téléphoniques au cours de l'exercice 2018-2019. Ses principales réalisations ont porté sur le suivi rigoureux de l'utilisation des ressources de l'établissement, sur la gestion optimale de tous dossiers à caractère financier, ainsi que sur le respect des règlements.

Le comité a également pris connaissance :

- des résultats de la vérification et assuré le suivi des recommandations;
- du processus de révision budgétaire et de sa mise en œuvre pour l'exercice financier 2019-2020, qui inclut un resserrement de la responsabilité des gestionnaires, la mise en place de nouveaux outils budgétaires, un contrôle plus serré des budgets de formation et une analyse des risques budgétaires;
- des mesures de renforcement concernant les contrôles budgétaires;
- des demandes d'autorisation d'emprunt pour recommandation par le conseil d'administration;
- du plan de déploiement des actifs informationnels.

Il a enfin :

- Été informé des contrats d'achats recommandés ainsi que des processus de mise en concurrence des fournisseurs et fait les recommandations au conseil d'administration à cet égard;
- Fait les recommandations au conseil d'administration sur l'adoption du budget annuel et des états financiers;
- Analysé les politiques proposées et fait les recommandations au conseil d'administration;
- Réalisé des mandats spécifiques relatifs à la gestion de l'établissement que lui confie, à l'occasion, le conseil d'administration.

Comité de vigilance et de la qualité

En 2018-2019, le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre reprises. Son travail a consisté à :

- Examiner les rapports des plaintes et l'amélioration de la qualité des services
- Veiller aux engagements et aux suivis accordés par l'établissement vis-à-vis les recommandations de la Commissaire et du Médecin examinateur.
- Porter une attention particulière :
 - aux suivis des recommandations du Protecteur du citoyen;
 - aux plaintes en lien avec les services à domicile;
 - aux plaintes médicales portant sur le comportement d'un médecin et la tenue du dossier médical, et s'est informé des activités de formation mises en œuvre en vue de promouvoir une culture de civilité.
- Prendre connaissance de l'état de situation, de la planification financière et des actions proposées en vue d'améliorer le fonctionnement du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services en raison de plusieurs départs de personnel. Les postes vacants, difficiles à combler, ont entraîné des répercussions sur le respect des délais de traitement des plaintes.
- Prendre connaissance des travaux de balisage que la Commissaire a entrepris en vue de comparer le fonctionnement du Commissariat du CIUSSS NIM à celui des établissements de taille comparable.
- Prendre connaissance des demandes de consultation en éthique clinique pour la période 2016-2018.
- Collaborer à diverses activités en vue de la visite d'Agrément Canada pour les volets gouvernance et leadership.

- Prendre connaissance des résultats du sondage de satisfaction de la clientèle des services de soutien à domicile et s'assurer de la prise en charge du suivi par les services concernés.
- Prendre connaissance des constats et des suivis des visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD selon les orientations ministérielles pour la période 2015-2018 ainsi que des deuxièmes cibles de visites pour la période 2018-2021.
- Examiner les tableaux de bord trimestriels des incidents et accidents et prendre connaissance des démarches de saisie décentralisée et informatisée en cours de déploiement.
- Recommander au CA la politique de lutte contre la maltraitance proposée par l'établissement.
- S'informer du processus mis en place pour remédier aux délais préoccupants de traitement des dossiers en comité de discipline.

Comité des ressources humaines

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

Plusieurs rencontres ont eu lieu tout au long de l'année afin de suivre les dossiers d'actualité du CIUSSS en rapport avec nos employés :

- Rapport sur la prévention de la violence en milieu de travail;
- Transfert de la gestion des activités de remplacement;
- Transformation de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques vers un modèle de partenariat d'affaires;
- Programmes de développement des leaders en santé et services sociaux;
- Départs anticipés du personnel d'encadrement dans le réseau;
- Projet Virage-prévention;
- Politique sur l'alcool et les drogues en milieu de travail.

Comité de gestion des risques

Cette année, le comité a précisé son mandat. Il s'assurera que les obligations du CIUSSS reliées à la sécurité des soins et des services soient remplies et que les mesures soient prises afin de diminuer les risques d'événements indésirables. Ceci se veut dans une perspective plus intégrée de gestion des risques et de la sécurité des usagers. Un lien sera assuré avec le comité de la vigilance et de la qualité.

Le comité de gestion des risques s'est réuni à trois reprises au cours de l'année 2018-2019. Il a ainsi :

- ajouté à ses membres une usagère partenaire en janvier 2019;
- revu sa composition afin de bénéficier de l'expertise clinique de membres qui ont des fonctions plus opérationnelles que stratégiques, plus près des activités dans les programmes et services, ceci afin d'être en mesure de cascader et d'escalader les enjeux de sécurité des usagers vécus dans nos services;

- effectué un suivi des plans d'action découlant des événements sentinelles afin de s'assurer de l'actualisation et du respect des échéanciers.

Comité d'éthique de la recherche

Relevant du conseil d'administration de l'établissement, le comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal veille à la protection des sujets humains participant à des projets de recherche. Le CÉR de l'établissement étant désigné par le MSSS à ce titre, il a la responsabilité d'appliquer l'article 21 du Code civil du Québec concernant la recherche sur les mineurs et les majeurs inaptes.

Au cours de l'année 2018-2019, le CÉR a tenu 18 réunions, étudié 91 projets et évalué 678 demandes. Neuf projets qui prévoyaient recruter des mineurs ou des majeurs inaptes ont été acceptés.

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

- Mise à jour du site Web du CÉR pour rendre l'information plus accessible aux chercheurs-utilisateurs, mais aussi à la population;
- Recrutement de deux membres ayant une expertise en sciences sociales pour le sous-comité sciences sociales, santé mentale et santé publique ;
- Migration de tous les projets du sous-comité sciences sociales, santé mentale et santé publique dans la plateforme informatique Nagano;
- Mise à jour des différents formulaires dans la plateforme Nagano et implantation du nouveau module multicentrique pour optimiser l'utilisation de la plateforme ainsi que les échanges entre les divers établissements participant à la même recherche;
- Contribution à la mise à jour des politiques et procédures pour encadrer les banques de données et de tissus de l'établissement à des fins de recherche ;
- Contribution au projet subventionné par le ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation (MESI) et intitulé *Projet de mise à niveau, d'enrichissement et de déploiement de l'outil Nagano pour la gestion des processus d'examen des projets de recherche dans l'ensemble du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)*.

Comité des usagers du Centre intégré

Bien que le comité des usagers (CUCI) du CIUSSS n'ait pas de lien direct avec la population, il doit s'assurer du bon fonctionnement de ses comités d'usagers et de résidents au sein des installations de l'établissement. En ce sens, il prend la responsabilité de certains dossiers qui couvrent l'ensemble de son territoire.

- Distribution d'outils d'information sur le territoire du CIUSSS NIM :
 - calendriers et pochettes présentant à la fois les droits et obligations des usagers et les coordonnées de nos comités de résidents auprès de tous les résidents de nos 11 CHSLD, aux ressources intermédiaires de notre territoire ainsi qu'à plus de 1 800 usagers qui reçoivent des soins à domicile;
 - signet pour mieux diriger l'usager qui voudrait porter plainte, en collaboration avec l'équipe des soins à domicile et ressources non institutionnelles.

- Réalisation d'un sondage sur la qualité des soins à domicile en collaboration avec l'établissement.
- Suivi d'un dossier concernant la qualité de la lingerie et de la literie dans nos centres d'hébergement.
- Activité de rencontre des organismes communautaires de nos différents secteurs.
- Rencontres et préparation pour réaliser un sondage qui portera sur l'offre de service en santé mentale.
- Révision des chroniques pour les journaux locaux portant sur les droits et obligations des usagers, dont une réflexion sur le choix des médias pour en optimiser la transmission.
- Révision du dépliant informant les usagers sur leurs droits et obligations, en suivi d'une recommandation du médecin examinateur.
- Participation financière à la réimpression de la pochette *Passage* distribuée à la suite d'un décès à l'hôpital.
- Projet de formation pour les membres des comités, donnée par le Commissariat aux plaintes, afin de mieux répondre aux appels de renseignement et de soutien de la part des usagers et leurs familles.
- Projet d'assemblée générale commune pour les cinq comités d'usagers du CIUSSS, prévue en septembre 2019 et incluant la présentation de la pièce de théâtre *Le dernier sacrement*, de Denis Bouchard. Une invitation sera faite à nos usagers, à la direction et au conseil d'administration de notre CIUSSS.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens [CMDP]

Le CMDP du CIUSSS NIM compte 914 membres. Il chapeaute six comités obligatoires. La mission première du CMDP est d'abord d'assurer l'amélioration de la qualité des soins médicaux, pharmaceutiques et dentaires dispensés au CIUSSS NIM. Au cours de la période 2018-2019, il a tenu trois assemblées générales ordinaires et une assemblée générale annuelle.

- **Comité exécutif** : composé de 12 membres auxquels s'ajoutent des représentants de la direction du CIUSSS, le comité exécutif a suivi plusieurs dossiers prioritaires cette année :
 - renouvellement du statut et des privilèges de tous les médecins spécialistes et médecins de famille de l'établissement pour 18 mois;
 - poursuite du travail de collaboration dans le dossier Optilab (projet de réorganisation des laboratoires de biologie médicale déployé par le MSSS);
 - implantation des recommandations découlant de la visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins effectuée en janvier-février 2018, qui concernait les activités du CMDP, la tenue des dossiers et la qualité de l'acte médical dans les secteurs de la médecine de famille, volet hospitalisation, la médecine interne et la médecine d'urgence dans l'un de nos milieux;
 - adoption des règlements des départements de médecine spécialisée, anesthésiologie pédiatrie et imagerie médicale;
 - participation au recrutement de médecins examinateurs, rôle extrêmement important dans le traitement et l'orientation des plaintes;

- invitation des membres du CMDP à participer à des journées de formation sur la promotion des soins médicaux sécuritaires qui ont eu lieu en octobre et novembre 2018.

- **Comité d'examen des titres** : composé de 9 membres en provenance des différentes installations du CIUSSS; il a étudié cette année 45 dossiers de nouvelles candidatures destinées à se joindre aux effectifs médicaux du CIUSSS.
- **Comité de pharmacologie** : étude d'une vingtaine d'ordonnances individuelles destinées aux infirmières ou aux pharmaciens communautaires et évaluation de l'élargissement des indications d'une dizaine de médicaments; révision de la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, de différentes règles d'utilisation, dont une sur les opiacés et une autre sur l'administration sécuritaire des médicaments; revue d'utilisation sur un médicament en anesthésie et mise à jour des choix d'insuline dans le CIUSSS.
- **Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique** : mandat d'étudier les cas de décès survenus dans l'établissement et ceux soumis à son attention, de surveiller les cas de décès en rapport avec l'application de la Loi des coroners ainsi que d'évaluer les conclusions émises à la suite d'études des départements et services du CIUSSS NIM. Au cours de l'année, il a revu environ 18 études par critères explicites, 53 rapports de l'égalité/morbidités, quatre événements sentinelles, un cas de coroner, un rapport du Collège des médecins du Québec et 19 procès-verbaux de différents services, puis émis des recommandations découlant des points soulevés en cours d'étude.
- **Comité de discipline** : formé au besoin par le comité exécutif lorsqu'une plainte lui est acheminée par le médecin examinateur ou le comité de révision. Cette année, trois comités de disciplines ont été mis sur pied, trois rapports ont été émis, dont deux transmis au conseil d'administration.
- **Comité de coordination des CDTC** : responsable de créer et de superviser le fonctionnement et la qualité des comités du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) au sein du CIUSSS.

Conseil des infirmières et infirmiers [CII]

Le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) regroupe plus de 3000 infirmières et infirmières auxiliaires. Au cours de l'exercice, le comité exécutif du CII (CECII) a été composé de 12 membres élus ou cooptés. Un comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA), comptant six membres, ainsi qu'un comité relève infirmières et infirmières auxiliaires (CRIIA), dynamique et innovant, formé de 10 membres, font également partie du CII. Parmi les principales activités du CII, notons :

- Dans le cadre de la Semaine de la profession infirmière, organisation d'une conférence ayant pour thème *La pratique réflexive sur l'évaluation de la condition physique et mentale* et offerte par des conseillères en soins infirmiers de notre CIUSSS, présentation qui a été reprise à un congrès international de la francophonie tenue à Bordeaux; le CII y a également soutenu la présence d'une infirmière clinicienne en santé mentale pour y présenter une communication par affichage sur *L'expérience des parents d'adolescents autistes suite à une hospitalisation en pédopsychiatrie*.

- Trois avis donnés au CIUSSS concernant nos valeurs, la relocalisation des services de périnatalité et petite enfance au CLSC Villeray et la relocalisation des services ambulatoires de santé mentale et dépendance au CLSC de La Petite-Patrie.
- Tenue de six consultations sur des politiques et procédures ainsi que sur des règles de soins infirmiers et des outils cliniques; tenue de sept présentations concernant des dossiers cliniques.
- Implication de 12 membres du CII dans différents comités stratégiques et cliniques, comme le Comité de gestion des risques.
- Participation active au sein du comité organisateur du Forum clinique organisé par la direction générale.
- Contribution au plan d'action de la Direction des soins infirmiers (DSI) concernant le droit de prescrire; plus de 250 infirmières, comparativement à 176 en 2018, ont obtenu leur attestation du droit de prescrire dans l'établissement.
- Planification de la tenue d'une semaine de la profession infirmière et infirmière auxiliaire au sein du CIUSSS en 2019-2020 et création en cours de prix reconnaissance destinés aux infirmières et infirmières auxiliaires s'étant démarqués sur différents plans au sein de leur profession.

Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

- Tenue de la Journée provinciale de l'infirmière et de l'infirmier auxiliaire, organisée en collaboration avec l'OIIAQ et ayant attiré 300 membres.
- Rencontre entre la direction de notre CIUSSS et celle de l'OIIAQ pour discuter de la place de l'infirmière auxiliaire dans les soins de santé.
- Mise sur pied d'un sondage sur la formation des infirmières et infirmiers auxiliaires au sein de notre CIUSSS, visant à développer la profession, projet qui s'est signalé auprès de l'Ordre des infirmières et infirmières auxiliaires du Québec (OIIAQ) et fera l'objet d'une présentation lors de son prochain symposium provincial.

Comité de la relève infirmière et infirmière auxiliaire (CRIIA)

Le CRIIA a plus particulièrement travaillé au sentiment d'appartenance, à l'attraction et à la rétention de la relève infirmière ainsi qu'au déploiement de formations sur des plateformes multimédias innovantes. Il offre également du soutien aux autres comités relève du Québec. Parmi ses travaux, notons :

- Avec le soutien du CII, création de quatre vidéos cliniques de formation et information, Capsules INF-O Relève, à l'aide d'un logiciel d'animation novateur.
- Sondage auprès de la relève infirmière afin de connaître leurs différents besoins.
- Collaboration aux différentes activités de recrutement et rencontre de nouvelles cohortes d'externes, de CEPI et d'infirmières du CIUSSS.
- Organisation de deux activités *CEPI en herbe!* visant la préparation des candidates à l'exercice de la profession infirmière à l'examen de l'OIIQ. Cette activité est offerte à l'ensemble du Québec; plus de 150 candidates y ont participé.
- Poursuite du groupe privé de soutien aux comités relèves du Québec, créé sur Facebook (1 200 membres).

Conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire (CM) compte dans ses rangs près de 2200 professionnels de plus de 35 titres d'emploi différents répartis sur l'ensemble des installations du CIUSSS NIM. Cette année encore, il a constitué un comité exécutif complet, soit 13 membres, avec une forte représentativité des professionnels de tout l'établissement. Au cours du récent exercice, le CM a principalement orienté ses travaux vers la promotion et la création de comités de pairs et interdisciplinaires ainsi que la production d'avis pour la Direction générale du CIUSSS.

Parmi les réalisations du CM, mentionnons :

- Implication importante des membres dans 14 comités organisationnels.
- Mise sur pied de 10 comités de pairs ou interdisciplinaires.
- Travaux conjoints avec la Direction des services multidisciplinaires pour la tenue de la 1^{re} Journée des professionnels au CIUSSS NIM.
- Mise en place de la seconde activité de reconnaissance annuelle de nos professionnels.
- Participation active au comité organisateur du Forum clinique mis sur pied par la direction du CIUSSS et visant à introduire la gestion par trajectoire de soins et services.
- Travaux avec le Bureau de projet LEAN pour la mise en place d'une station visuelle opérationnelle visant l'optimisation du travail du comité exécutif du CM.
- Poursuite des travaux du comité-interconseil qui unit les trois conseils professionnels de l'établissement dans le but de valoriser la collaboration interdisciplinaire.
- Collaboration étroite avec le Service des communications pour mettre de l'avant les stratégies les mieux adaptées pour s'adresser à ses membres.
- Participation au comité de pilotage du plan d'action mis sur pied par la Direction adjointe -Services de périnatalité, enfance et jeunesse.
- Rédaction de cinq avis déposés à la Direction générale et au conseil d'administration.
- Participation à quatre consultations officielles concernant de nouvelles politiques ou protocoles.
- Implication importante dans les travaux touchant l'ensemble des professionnels auprès de la Commission multidisciplinaire régionale et de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec.

Comité interconseil

Le Comité-interconseil, une initiative unique regroupant le CII, le CM et le CMDP, a poursuivi son engagement à favoriser la pratique collaborative et interdisciplinaire entre les membres des trois conseils. Il a offert une conférence intitulée *Le projet de loi 21 et les pratiques collaboratives en santé mentale*. Présentée par des experts du Collège des médecins, de l'Ordre des psychologues du Québec et l'Ordre des infirmières du Québec, elle a attiré plus de 120 participants.

Faits saillants des activités en 2018-2019

Soutien, administration et performance

La Direction générale adjointe, Soutien, administration et performance est composée de la Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique (DQEPE), la Direction des services techniques (DST) et la Direction des ressources informationnelles (DRI).

Elle s'assure de l'arrimage entre les directions cliniques et les directions de soutien. Elle exerce un rôle de soutien auprès des directions cliniques afin d'améliorer leur performance, notamment par l'utilisation de systèmes et technologies de l'information et d'équipements médicaux de pointe, de même que par une gestion des espaces favorisant la collaboration entre les intervenants, au bénéfice des usagers.

Enfin, elle veille à la saine et judicieuse administration du CIUSSS dans tous ses secteurs et collabore à actualiser les quatre priorités organisationnelles, notamment par le soutien au déploiement d'une culture d'amélioration continue.

Parmi les réalisations

Qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

Éthique clinique

Cette année, le CIUSSS NIM s'est doté d'un Cadre d'éthique qui s'adresse à l'ensemble du personnel, des médecins, des résidents, des étudiants, des chercheurs, des bénévoles, des usagers et de leurs proches. En plus d'offrir au personnel des activités de formation et de la sensibilisation en éthique, le service d'éthique clinique a reçu 49 demandes de consultation comparativement à 35 l'année dernière. L'augmentation des demandes s'explique, entre autres, par la mise en place d'un guichet d'accès, d'un travail de promotion du service en éthique et de la satisfaction des équipes traitantes avec le modèle de consultation plus intégré et coordonné par une éthicienne.

Approche usager partenaire

L'approche du partenariat avec les usagers marque un tournant important dans la reconnaissance du savoir et de l'expérience des usagers dans l'amélioration continue de la qualité des soins et services. Le CIUSSS NIM reconnaît l'importance d'intégrer à sa pleine valeur la perspective des usagers partenaires au sein de différentes équipes et projets. Nous constatons d'ailleurs la contribution et l'implication active de nombreux usagers partenaires dans plusieurs projets importants de l'organisation. Afin d'assurer une implantation et une pérennisation de cette approche, l'établissement a choisi d'être accompagné par la Direction collaboration et partenariat patient de l'Université de Montréal et le Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public. Cette année, nous avons effectué une analyse stratégique du niveau de préparation au partenariat afin de mieux préparer et guider le déploiement de l'approche au sein de l'établissement.

Trajectoires de soins

S'inspirant des meilleures pratiques internationales, l'équipe de la qualité, évaluation, performance et éthique a élaboré un guide théorique et pratique sur la gestion par trajectoire de soins et de services (GTSS) pour mieux répondre aux besoins de sa population. Les caractéristiques du modèle de GTSS reposent sur les trajectoires réelles des usagers, en intégrant l'usager comme partenaire et contributeur à part entière de la démarche d'amélioration continue. L'implantation de ce mode de gestion par trajectoire a débuté par la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Évaluation, performance, bureau de projet Lean et UETMISS

La Direction a soutenu l'organisation pour mettre en place un système de gestion mieux adapté au contexte actuel d'amélioration continue. Concrètement, il s'agit de la mise en place de nouveaux processus de gestion qui prévoient des rencontres plus courtes, mais plus fréquentes permettant d'impliquer l'ensemble du personnel dans la résolution des problèmes et l'amélioration continue des processus.

Nous avons poursuivi le développement de notre infocentre afin d'offrir à nos gestionnaires et cliniciens des rapports de gestion utiles à la prise de décision accessible via un portail informatisé sur l'intranet du CIUSSS.

Enfin, le conseil d'administration a adopté la politique sur l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISS). Un premier projet d'évaluation est en cours de réalisation et porte sur l'implantation d'un centre de services intégrés et ambulatoires en pédiatrie.

Systèmes d'information

En 2018-2019, le CIUSSS s'est doté d'une vision de l'informatisation clinique permettant de définir les grands jalons à franchir pour soutenir adéquatement les processus de travail de nos cliniciens et du personnel de soutien. Parallèlement, l'utilisation des systèmes d'information actuels a été renforcée en favorisant, par exemple, la saisie directe de paramètres et de données cliniques dans nos salles d'urgence de même que l'utilisation d'un outil de saisie des évaluations à domicile pour lequel plus de 355 ordinateurs portables ont été déployés aux intervenants.

Nous avons également poursuivi la modernisation de nos technologies de l'information en mettant l'accent sur l'amélioration de la réseautique et de la sécurité informationnelle. La documentation de l'ensemble des systèmes a fait l'objet d'un plan d'amélioration afin d'en favoriser la bonne gestion et la sécurité. L'implantation de six stations visuelles opérationnelles dans la direction des ressources informationnelles a contribué au suivi et à l'amélioration des processus de gestion des systèmes au bénéfice des utilisateurs et des usagers.

Finalement, nous avons maintenu les travaux visant à déployer un système provincial d'identification des usagers (Index patients organisationnels), un mandat émanant directement du ministère de la Santé et Services sociaux. Suite à l'implantation réussie au

CIUSSS NIM en mars 2018, la coordination du déploiement dans les autres établissements se poursuit afin d'améliorer l'identification des usagers dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Services techniques

Construction et immobilisation

En juin 2018, le MSSS confirmait le financement annuel des programmes ministériels en maintien d'actifs (actifs immobiliers, équipements médicaux, équipements non médicaux et mobiliers), ainsi qu'en rénovation fonctionnelle mineure. Au total, ce sont plus de 38 M\$ qui ont été investis. Parmi les projets, mentionnons les travaux majeurs suivants :

- Création, au Pavillon Dorion, d'un pôle régional de spécialisation et d'innovation en santé, basé sur le principe de la mise en oeuvre d'environnements avec simulateurs patients pour l'apprentissage (ESPA Montréal). Les travaux se sont terminés en juillet 2018.
- Aménagement d'une nouvelle maison de naissances à l'ancien CHSLD de Louvain; les phases de conception ont débuté en juin 2018 et les travaux devraient se terminer en juin 2020.
- Construction majeure à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, consistant en un agrandissement de quatre étages au-dessus de l'urgence actuelle afin d'y loger le Centre intégré de traumatologie (CIT), l'Unité des soins critiques, l'Unité mère-enfant et les services d'endoscopie. Ces travaux devraient se terminer en 2020.

Génie biomédical

Le CIUSSS a reçu un financement annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de 14,2 M\$ en maintien d'actifs pour le remplacement d'équipements médicaux. Les projets associés à cet exercice se réaliseront au cours de l'année à venir. Environ 200 projets ont permis l'acquisition de plus de 1 200 nouveaux équipements, pour une valeur de 14,9M\$.

Outre le tomographe par émission de positons (TEP-CT – 3 M\$), soulignons que le projet du Centre intégré de traumatologie (CIT) a commencé à donner lieu à des achats importants (1,8 M\$).

Hôtellerie

Comptant plus de 1 000 employés, les services d'hôtellerie regroupent la buanderie-lingerie, l'hygiène-salubrité, la gestion des déchets biomédicaux et les services alimentaires.

Buanderie-lingerie

- Depuis 2015, nous avons réduit notre budget d'exploitation de 2 M\$ tout en récupérant 1,7 M\$ en kilos de lavage. De plus, nous avons créé plusieurs emplois au sein de notre CIUSSS. Nous continuons à faire des mises à niveau de nos équipements à la buanderie, ce qui nous permet une amélioration de la qualité et de notre performance. La consolidation de notre service de lavage à l'interne plutôt qu'en sous-traitance se poursuit, et les derniers rapatriements sont en cours pour l'exercice financier 2019-2020. Ceci nous permet de maintenir notre position comme buanderie du secteur public la plus performante au Québec.

Hygiène-salubrité

- En collaboration avec le Service de prévention et contrôle des infections, le Service d'hygiène-salubrité continue sa lutte contre les infections, tout en maintenant une offre de service qui couvre l'ensemble de notre CIUSSS. Les chefs de service continuent d'effectuer les audits de qualité pour s'assurer de donner le meilleur service à nos usagers. Nous observons un taux de conformité de 88,5 % pour l'ensemble de nos installations.

Alimentation

- Le nouveau menu qui a découlé du projet ministériel de révision de l'offre alimentaire en CHSLD a été introduit dans l'ensemble de nos centres d'hébergement et nos cafétérias, avec grand succès. La collaboration avec les comités de résidents a permis de créer un menu qui répond mieux aux désirs des résidents et à ce qu'ils souhaitent manger. Le taux de satisfaction de notre clientèle a en effet connu une hausse de 6 %, ce qui est significatif compte tenu du grand bassin de clientèle (environ 2 000 usagers) nécessitant souvent des menus adaptés.

Programme de santé physique générale et spécialisée

La Direction générale adjointe, qui gère le Programme de santé physique générale et spécialisée, chapeaute trois directions : la Direction des services professionnels, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires. En étroite collaboration avec ces dernières, la Direction générale adjointe s'assure de planifier et d'organiser tous les programmes de santé physique générale et spécialisée de la mission hospitalière du CIUSSS, c'est-à-dire la médecine, la cardiologie, la pneumologie, la neuroscience, la chirurgie, l'urgence, l'obstétrique et la néonatalogie, le service préhospitalier, les soins critiques et le centre de prélèvement d'organes.

Elle est ainsi responsable des bonnes pratiques médicales et professionnelles dans tous les secteurs cliniques de l'organisation, de la qualité et de la sécurité des soins et des services ainsi que de leur accessibilité au sein de l'établissement. Cela inclut la gestion de tous les professionnels de soins infirmiers, de la réadaptation en santé physique générale et spécialisée, des services diagnostiques et des archives de l'établissement.

Parmi les réalisations

- Poursuite des travaux au sein des urgences de l'Hôpital Fleury, de l'Hôpital Jean-Talot et de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal afin d'améliorer la durée moyenne de séjour des usagers et la qualité des soins et services.
- Poursuite de la mise en place de la réorientation des clientèles vues dans nos urgences, en collaboration avec la Direction des services intégrés de première ligne, permettant une réorientation de 14 000 usagers par année.
- Déploiement de la numérisation des dossiers médicaux à l'Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal.

- Poursuite des travaux d'identification des usagers en fin de soins actifs, notamment pour les clientèles en fin de soins tertiaires afin d'optimiser les transferts vers les centres référents.
- Mise en place de l'unité de court séjour en chirurgie à l'Hôpital Fleury, permettant une meilleure fluidité des processus touchant la gestion des lits du programme de chirurgie.
- Amélioration notable de la liste d'attente en chirurgie, notamment pour les chirurgies oncologiques.
- Mise en place des travaux pour implanter un *trauma team leader* permettant d'améliorer la qualité et le délai de prise en charge des clientèles traumatisées.
- Ouverture d'une unité médicale de médecine familiale à l'Hôpital Fleury permettant l'accueil de résidents dans cette spécialité.
- Meilleure utilisation du parc de lits en santé physique dans nos trois hôpitaux à la suite d'une révision de l'utilisation de ces lits.
- Aménagement de l'unité des blessés médullaires à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal permettant d'améliorer le confort et les soins dispensés à cette clientèle, grâce à la Fondation de l'HSCM.
- En collaboration avec le comité exécutif du CII, mise en place de midi-conférences sur des thèmes touchant les pratiques professionnelles en soins infirmiers.
- Démarrage des activités pour l'intégration des infirmières praticiennes en spécialités.
- Mise en place d'une conférence multidisciplinaire en lien avec le thème de l'aide médicale à mourir.
- Dans le cadre du projet de construction du CIT, poursuite des travaux touchant notamment la révision des processus cliniques aux soins intensifs, à l'unité mère-enfant et en endoscopie.

Programmes sociaux et de réadaptation

La Direction générale adjointe des Programmes sociaux et de réadaptation chapeaute trois directions : la Direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées, la Direction des services intégrés de première ligne ainsi que la Direction des programmes de santé mentale et dépendance.

Cette direction générale adjointe a travaillé plus particulièrement, cette année, au déploiement des nouveaux groupes de médecine familiale et des super-cliniques (GMF et GMF-Réseau), à la consolidation d'une offre de services en première ligne plus accessible selon les besoins des différents sous-territoires du CIUSSS NIM, à un renforcement de la prise en charge de la clientèle en attente d'un médecin de famille, au développement d'une offre de service pour l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies ainsi qu'à la réorganisation de l'offre en santé mentale au sein de nos diverses installations afin de définir leur spécialité. Elle a aussi déployé un plan d'action visant à éliminer les délais d'attente pour les usagers n'ayant plus besoin de soins en milieu hospitalier ou à éviter l'hospitalisation de personnes âgées pouvant recevoir leurs services dans un autre milieu.

Elle a enfin poursuivi la gestion du projet de rénovation du CHSLD de Cartierville.

Parmi les réalisations

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

- Conversion de places de CHSLD vers des ressources intermédiaires mieux adaptées à l'état de 141 usagers. Les usagers et les familles sont satisfaits des nouveaux milieux et le projet s'est déroulé à la satisfaction de tous.
- Poursuite des engagements pris lors du Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile par les présidents-directeurs généraux des établissements du réseau, favorisant la mise en place des meilleures pratiques en soutien à domicile afin d'améliorer l'organisation des soins et services aux aînés à domicile.
 - Mise en place d'un processus de relance à partir du guichet SAPA pour la clientèle vulnérable repérée, ce qui permet un dépistage plus proactif des besoins. On évalue ainsi le potentiel de perte d'autonomie et on établit un contact continu avec la personne âgée. La prise en charge est accentuée et la qualité des soins s'en trouve améliorée, à la satisfaction de nos clientèles.
 - Développement d'ententes avec les partenaires, notamment pour la distribution de repas avec les popotes roulantes et le transport d'usagers avec des entreprises d'économie sociale pour l'accompagnement médical.
 - Élaboration d'outils d'accompagnement pour les proches aidants, notamment un bottin de ressources largement diffusé dans la communauté. Ce bottin permet d'identifier rapidement les organismes pouvant offrir différents services d'aide à domicile : aide ménagère, activités diverses, répit ou autres.
 - Adoption d'une politique pour contrer l'abus et la maltraitance, dont une gamme d'outils promotionnels déployés dans nos installations et une offre de formation pour nos intervenants. Cette politique vise à prévenir la maltraitance, notamment par la promotion de la bientraitance, et à faciliter des interventions concertées pour faire cesser promptement et de façon durable la maltraitance à l'égard des aînés et des personnes majeures en situation de vulnérabilité.
 - Implantation de l'outil d'évaluation multiclientèle 2016 en soutien à domicile et dans les autres secteurs du CIUSSS qui utilisent cet outil; formation de près de 650 intervenants professionnels. Cet outil est basé sur les besoins des usagers et facilite la coordination et la prestation de soins de qualité.
- Amélioration de la qualité de vie de 26 résidents par le regroupement au CHSLD Saint-Laurent dans une nouvelle unité de vie de résidents présentant des démences sévères et des troubles du comportement. Des regroupements de résidents présentant des comportements d'errance, de fouille et de fugue ont également été réalisés dans des unités prothétiques, favorisant ainsi le développement d'une expertise clinique et le rehaussement de la qualité des interventions.

- Réalisation, dans le CHSLD Paul-Gouin, du projet national portant sur l'usage approprié des antipsychotiques en CHSLD (OPUS-AP) et préparation de la phase II de ce projet qui visera 11 unités dans nos CHSLD. Ce projet a permis une diminution des antipsychotiques sans impact négatif sur la gestion des comportements.

Santé mentale et dépendance

- Harmonisation de nos guichets d'accès en santé mentale jeunesse ayant permis de déterminer l'accès aux services de cette clientèle ainsi que celui des services de pédopsychiatrie sur l'ensemble de nos territoires de desserte, dont le CISSS de Laval et le CIUSSS de l'Est-de-Montréal. Cela a eu un impact important sur l'accès pour notre clientèle.
- Collaboration avec le Département de psychiatrie pour l'organisation du colloque *Autiste : perspectives en 2019*. Ce colloque a permis une mise à jour de la sémiologie du trouble du spectre de l'autisme à l'âge adulte et de ses comorbidités psychiatriques. On y a également abordé des enjeux particuliers du diagnostic différentiel et des modalités d'intervention adaptées, multidisciplinaires et pharmacologiques. L'impact des contours cliniques du diagnostic d'autisme touchant les autres services du système de santé et des milieux scolaires ont également fait l'objet de discussions. Plus de 500 personnes ont participé au colloque.
- Développement d'un programme d'animation musicale en santé mentale à l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost. Ce programme vise à adoucir la souffrance des personnes ayant des problèmes de santé mentale par les bienfaits de la musique. Débuté par la participation de la société pour les arts en santé (SAMS), il permet aux personnes hospitalisées de bénéficier de quatre concerts par semaine. Un second volet s'est ajouté à l'automne 2018 avec la collaboration d'étudiants en musique du Cégep Saint-Laurent et le soutien financier de la Fondation Joanne Martens.
- Organisation d'un premier salon de la toxicomanie à l'Hôpital Albert-Prévost. Ayant pour objectif de tisser des liens entre les intervenants et les différents organismes impliqués en dépendance, d'échanger sur nos pratiques et d'offrir de l'information sur les différentes ressources disponibles, ce salon a regroupé plus d'une centaine d'intervenants et partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.
- Augmentation de l'accès aux services de suivi d'intensité variable par l'ajout de 36 nouvelles places.
- Amélioration de la continuité des services par la numérisation et l'utilisation des formulaires montréalais *réponse au référent* et par la rétroaction du suivi clinique aux médecins de famille.
- Développement de nouveaux services :
 - Groupes d'éducation psychologique pour les personnes aux prises avec un trouble relationnel;
 - Groupe d'éducation psychologique pour les personnes ayant un diagnostic de dépression;
 - Groupe d'éducation psychologique pour les personnes ayant un trouble du déficit de l'attention.
- Amélioration de l'offre de service pour l'intervention précoce en dépendance, par l'ajout de deux postes d'éducateurs.
- Diminution significative du nombre de personnes en niveau de soins alternatifs (NSA) en santé mentale par l'amélioration des processus de l'équipe NSA; la cible ministérielle de 45 jours est respectée.

Services intégrés de première ligne

- Intégration dans les différents GMF du territoire de 17 travailleurs sociaux en provenance des services sociaux généraux afin de travailler en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire de ces cliniques.
- Création d'un guichet d'accès aux services sociaux généraux ayant comme objectif de faciliter l'accès à des services sociaux de 1^{re} ligne. Le guichet permet une gestion rapide des demandes d'usagers en lien avec un besoin psychosocial et de s'assurer d'une orientation rapide vers le bon dispensateur de service. Il s'assure également d'offrir une porte d'entrée unique aux références professionnelles.
- Optimisation de l'offre de service des centres de prélèvement en CLSC : les heures d'ouverture ont été harmonisées selon un horaire d'ouverture de 7 h à 11 h et les délais d'attente sont généralement en deçà de 60 minutes. De plus, l'offre de service pour les prélèvements s'adresse à la clientèle adulte, mais certains sites offrent des prélèvements à partir de l'âge deux ans.
- Mise en place de centres de prélèvement standardisés et entièrement équipés pour les prélèvements urgents et semi-urgents dans les Groupes de médecine familiale réseau (GMF-R) du territoire.
- Services de santé offerts au sein des GMF-R à des réfugiés en situations vulnérables, avec accompagnement pour la traduction.
- À ce jour, depuis juin 2015, réorientation de 40 291 usagers en provenance des urgences des centres hospitaliers de notre établissement présentant des pathologies ciblées ou évaluées de priorité 5 vers les GMF-R du territoire.
- Mise en place rapide des cliniques hivernales dans quatre de nos GMF-R afin d'augmenter l'accès à la clientèle et éviter l'achalandage aux urgences.
- Bonification de l'offre de service en prévention et en gestion des maladies chroniques, notamment par la prise en charge des clientèles ayant des besoins en dyslipidémie, post-AVC, saine gestion du poids et suivi à la suite d'un événement cardiaque.
- Développement d'un nouveau service en saine gestion du poids et du volet pré et post-chirurgie bariatrique en 1^{re} ligne.
- Développement et intégration d'une offre de service continue en réadaptation pour les personnes souffrant de maladies pulmonaires chroniques et de maladies cardiovasculaires, le tout soutenu par l'intégration d'usagers partenaires, d'usagers collaborateurs, ainsi que des activités d'enseignement et de recherche.

- Augmentation de l'offre de stages proposée aux maisons d'enseignement en maladies chroniques, en ajoutant plus de 20 stages et en étendant l'offre de stages à la kinésiologie, l'inhalothérapie et la santé publique (cessation tabagique).
- Développement d'une offre de service de télésoins à domicile en 1^{re} ligne pour la clientèle souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique, soutenant ainsi sa prise en charge et l'autogestion de sa maladie. Accessible à partir d'une application Web sur un ordinateur personnel ou une tablette prêtée à l'utilisateur durant la période de suivi, ce service a permis à plus d'une dizaine d'utilisateurs de transmettre à leur professionnel de la santé les informations sur leur état, à partir de leur domicile.
- Mise en place d'une équipe mobile en maladies chroniques se déplaçant selon les besoins des usagers, qui a permis le déploiement des programmes de maladies chroniques dans plusieurs GMF.
- Mise en place du programme *La vie après un AVC* destiné aux usagers et à leurs proches ayant vécu un accident vasculocérébral (AVC).
- Développement d'un partenariat avec nos GMF pour la prise en charge appropriée de la personne souffrant de douleur chronique, tout en soutenant l'action des médecins de famille et des professionnels pour évaluer et soutenir la gestion de la douleur chronique.
- Révision complète de l'offre de service pour la clientèle 0-17 ans et mise en place au CIUSSS NIM d'un guichet d'accès pour le volet psychosocial et réadaptation, ayant comme objectif d'assurer une prise en charge dans les délais prescrits.
- En collaboration avec les centres hospitaliers universitaires pédiatriques, mise en place d'un programme de prise en charge des enfants avec pathologies complexes, ayant de grands besoins de soins à domicile.
- Mise en place d'un guichet d'accès unique et révision totale de la trajectoire jeunesse afin d'augmenter l'accès et la rapidité de la prise en charge.
- Participation, avec deux autres CISSS de la province, au projet provincial de démonstration *Aire Ouverte* destiné à la clientèle 12-25 ans afin de faciliter l'accès aux services pour les personnes vulnérables, projet qui sera suivi sur 3 ans.
- Développement des services d'activités de jour pour la clientèle DI-TSA-DP (déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme-déficience physique) avec les organismes communautaires.
- Implantation en cours de la politique *environnement sans fumée*.
- Adoption d'une politique de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque visant à encadrer les activités du CIUSSS à cet égard.
- Adoption d'un cadre de référence et de pratique en organisation communautaire afin d'attester la ratification des modèles de pratique par l'ensemble de l'équipe de professionnels en organisation communautaire, tout en ayant l'objectif d'éclairer les gestionnaires et les professionnels de l'établissement, ainsi que les partenaires externes, sur les caractéristiques de la pratique.

- Contribution importante aux efforts de coordination d'une offre de service pour les réfugiés et les demandeurs d'asile, tant à l'interne qu'avec les partenaires communautaires.

Enseignement

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

Parmi les réalisations

Stages et activités d'enseignement

Cette année, plus de 850 superviseurs de stage et médecins dans 59 disciplines différentes ont supervisé plus de 6 824 stages. Plus précisément, nos installations ont accueilli 3 883 stages universitaires, 1 801 stages collégiaux et 1 140 stages professionnels.

Les principales réalisations de l'enseignement cette année sont :

- Activité reconnaissance des superviseurs.
- Assemblée des partenaires : présence de 54 représentants provenant de 46 maisons d'enseignement.
- Suivi du niveau d'appréciation des stages par les stagiaires.
- Implantation de nouveaux stages d'infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale et en santé physique adulte.
- Développement de projets novateurs d'unités collaboratives d'apprentissage à l'HSCM en sciences infirmières, en collaboration avec l'Université de Montréal.

Centres de simulation

Sous la supervision de professionnels ou formateurs qualifiés, des activités de simulation ont été mises en place afin de favoriser des apprentissages de haut niveau tant pour le personnel que pour les stagiaires, et ce, dans un environnement sécuritaire pour les usagers. Cette année, près de 1 500 professionnels de la santé, médecins et résidents en médecine ont participé à 167 formations par simulation dans les laboratoires d'HSCM ou d'ESPA Montréal ou encore *in situ* sur différentes unités de soins. Le CIUSSS NIM a participé à des activités de simulation significatives qui ont engendré la mise en place de plans d'amélioration :

- Code orange (réception de sinistrés en grand nombre à l'HSCM);
- Méga code rose (arrêt cardiorespiratoire chez les bébés);
- Simulation MRSI (prévention des infections);
- SimURG pédiatrique (situations d'urgence pédiatriques *in situ*).

Recherche

Les activités de recherche du CIUSSS NIM sont maintenant regroupées sous une seule entité, selon trois pôles :

- Santé physique
- Social
- Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Le Centre de recherche du CIUSSS NIM, c'est plus de 800 personnes qui consacrent en partie ou en totalité leur temps professionnel à la recherche. Quatre-vingt-sept chercheurs sont enregistrés comme chercheurs réguliers au Fonds de recherche du Québec, volets santé (FRQS) et société culture (FRQSC) et 138 chercheurs associés, pour un total de 225 chercheurs. À ce nombre, s'ajoutent six praticiens-chercheurs réguliers, une cinquantaine de collaborateurs des milieux de pratique qui interagissent avec l'équipe du Centre InterActions ainsi que de nombreux collaborateurs dans les différentes équipes de santé physique et santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Nous avons accueilli cette année plus de 455 étudiants à la maîtrise, au doctorat, en surspécialisation et en stage postdoctoral.

Le financement obtenu pour la recherche au CIUSSS NIM s'élève à plus de 11 M\$, dont 1 M\$ en provenance de Fondations.

Parmi les réalisations

Bureau d'appui à la recherche (BAR)

Le Bureau d'appui à la recherche est un guichet unique qui veille à diriger les demandes relatives à la recherche du CIUSSS NIM. Le BAR soutient les chercheurs, les équipes et les étudiants dans leurs différentes démarches académiques et subventionnaires ainsi qu'en matière de locaux et de cheminement de leurs projets de recherche et de réglementation. Le BAR est également impliqué dans la vie scientifique de la recherche au sein de l'établissement.

Une offre de service dédiée à la recherche clinique est en développement au BAR. Plusieurs outils et formations ainsi que du soutien personnalisé aux équipes sont déjà en place. Nos installations ont été inspectées récemment par Santé Canada et les premières observations communiquées démontrent un excellent travail de l'équipe.

Du côté des laboratoires et de l'animalerie, le Conseil canadien de protection des animaux a fait l'éloge de notre programme d'éthique animale et de soins aux animaux. Une visite de la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux de Sigma Santé n'a signalé, par ailleurs, aucune déficience critique ou importante mais a suggéré quelques conseils d'amélioration.

Chaires de recherche et réseaux

Nos chercheurs détiennent présentement quatorze chaires de recherche, dont quatre chaires du Canada :

Chaires du Québec

Chaire de recherche d'orthopédie de l'Université de Montréal

Chaire de recherche de la Fondation Caroline Durand en traumatologie aigue de l'Université de Montréal

Chaire des IRSC en métabolisme et nutrition de l'Université Concordia

Chaire de recherche Marcel et Rolande Gosselin en neurosciences cognitives fondamentales et appliquées du spectre autistique de l'Université de Montréal

Chaire Guillemin en santé cardiovasculaire

Chaire Medtronic de traumatologie spinale de l'Université de Montréal

Chaire Pfizer, Bristol-MyersSquibb, SmithKline Beecham, Eli Lilly en psychopharmacologie de l'Université de Montréal

Chaire pharmaceutique Astra Zeneca en santé respiratoire

Chaire SRAP-IRSC de mentorat en essais cliniques comportementaux de l'Université Concordia

Chaire UQTR en neuroanatomie chimiosensorielle

Chaires du Canada

Chaire de recherche du Canada en génie pour l'innovation en traumatologie spinale

Chaire de recherche du Canada en médecine du sommeil

Chaire de recherche du Canada en physiologie moléculaire du sommeil

Chaire de recherche du Canada sur la douleur, le sommeil et les traumatismes

Bourse de carrière et de formation

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

- Jonathan Brouillette : Fonds des leaders John-R.-Evans pour le projet *Laser microdissection and optogenetics systems for discovery of molecular mechanisms underlying memory decline in aging*. Ce fonds permet à d'excellents chercheurs de mener des activités de recherche d'avant-garde en leur procurant l'infrastructure de recherche essentielle pour demeurer ou devenir des chefs de file dans leur domaine. Au fil des ans, 14 de nos chercheurs ont obtenu ces fonds, dont sept sont toujours en cours.
- Louis De Beaumont :
 - subvention catalyseur des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour le projet *Cannabidiol as a potential therapeutic target for mild traumatic brain injury recovery in female rats*;
 - subvention du Programme AUDACE du FRQ pour le projet *Modélisation in vivo des séquelles neurobiologiques de coups portés à la tête basée sur une approche biomécanique lors de la pratique d'un sport de contact*;
 - subvention du Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC (Fondation canadienne des maladies du cœur) et du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR) pour le projet *Bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation in acute post-stroke aphasia: Does it stimulate changes in white matter?*

- Dr Raoul Daoust : subvention des IRSC pour le projet *Quantity of opioids for acute pain and limit unused medication* (OPUM study); Dr Gilles Lavigne, Dr Jean-Marc-Chauny, David Williamson, Dre Dominique Rouleau, de notre établissement, sont également cocandidats pour ce projet.
- Ronald Postuma : subvention des IRSC pour le projet *Neuroimaging Prodromal Neurodegeneration in Synucleinopathy*; Drs Jacques Y Montplaisir et Jean-François Gagnon sont cocandidats pour ce projet.
- Antonio Zadra : subvention des IRSC au programme projet en collaboration avec Dr Jacques Y Montplaisir, Dr Alex Desautels et Pierre Rainville pour le projet *Pathophysiology and treatment of adult somnambulism*.
- Marie-Hélène Pennestri : subvention des IRSC pour le projet *Transition to parenthood: realistic sleep-related expectations as a protective factor for mothers' and fathers' mental health* (0218-2022).
- Tore Nielsen : subvention du Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG) pour le projet *An assembly-line model of sleep, dreaming and memory An enhancement: investigating the coordinated roles of REM and nonREM sleep in human memory consolidation*.
- Lourdes Rodriguez del Barrio et Mathilda Abi-Antoun : financement conjoint du FRQS, du MSSS et de la Fondation Graham Boeckh d'une durée de trois ans pour Aire ouverte : *Place aux jeunes pour changer notre regard, briser les obstacles et créer ensemble*; projet de démonstration de Réseaux de services intégrés jeunesse (12 à 25 ans) du CIUSSS NIM.
- Emmanuel Charbonney : subvention du Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie – volet 2 du FRQS.
- Simon Bacon : subvention d'infrastructure du FRQSC pour le projet *Comment mieux développer et évaluer des interventions comportementales basées sur les habitudes de vie*.
- Caroline Arbour : subventions du FRQS, dont celle du Consortium de la recherche en traumatologie pour le projet *Identifier les patients à risque de douleur chronique après un traumatisme craniocérébral modéré/sévère dès les premiers jours d'hospitalisation aux soins intensifs*.
- Andréane Richard-Denis :
 - subventions du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR);
 - fonds d'établissement jeune chercheur du FRQS;
 - subvention de la compagnie américaine Medline Industries afin de monter et diriger un essai clinique randomisé sur l'adaptation-réadaptation.
- Karine Dubois-Comtois :
 - subvention des IRSC pour le projet *Transition to parenthood: realistic sleep-related expectations as a protective factor for mothers' and fathers' mental health*;
- subvention du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) pour le projet *The interplay between relational and individual processes in predicting social and school adaptation of low-income children: A longitudinal study*;
- subvention CRSH pour le projet *Développement conjoint d'un outil d'évaluation de l'attachement des postulants comme famille d'accueil: Un projet en partenariat*;
- subvention CRSH pour le projet *Empathie motrice et attachement parent-enfant*.
- Nassera Touati :
 - renouvellement de la subvention de l'équipe en partenariat REGARDS (Recherche sur la gouvernance et l'articulation des réseaux de solidarité) du FRQSC;
 - subvention du FRQS et d'Oncopole pour le projet *Gouvernance collaborative du Réseau de cancérologie du Québec: une évaluation réaliste des mécanismes d'institutionnalisation, de la gouvernance multipaliers et de la création de valeur par le biais d'une étude de cas longitudinale*.
- Hélène Belleau : renouvellement de la subvention du Partenariat Familles en mouvance, du FRQSC;
- Yves Couturier : subvention Savoir du CRSH pour le projet *Les compétences collaboratives et stratégies de développement professionnel des travailleurs sociaux œuvrant depuis peu dans des organisations médicales de première ligne*.
- André-Anne Parent : subvention Savoir du CRSH pour son projet *Local intersectoral networks and institutional transformations: how can local actors promote social innovations ?* Nassera Touati, Yves Couturier et Deena White également cocandidats.
- Isabelle Courcy : subvention du concours *Recherche innovante et intersectorielle du FRQ pour le projet Définir et évaluer la qualité de vie en coconstruction avec des personnes autistes*.
- Bourse de carrière et subventions salariales du FRQ à plusieurs de nos chercheurs :
 - Rémi Goupil : *L'optimisation de la prédiction des maladies cardiovasculaires et rénales*;
 - Andréane Richard-Denis : *Importance de la phase de réadaptation aiguë dans la récupération fonctionnelle après une lésion traumatique de la moelle épinière*.
 - Simon Warby : *Modificateurs génétiques de sommeil humain et des traits de polysomnographie*;
 - Simon Bacon : *Facteurs liés au style de vie et maladies chroniques*;
 - Jean-Marc Mac-Thiong : *Prédiction et optimisation de la récupération après une lésion médullaire traumatique*;
 - Marie-Hélène Pennestri : *Mieux comprendre les liens entre le sommeil du nourrisson, les interactions mère-enfant, la santé mentale des parents, et la santé mentale et physique des enfants : une perspective familiale*;

- Isabelle Soulières : *Trajectoires de développement cognitif chez l'enfant autiste*;
- Marie-Emmanuelle Laquerre : *Trajectoires du vieillissement et personnes âgées immigrantes au Québec*.
- Cassandre Julien et Vincent Gosselin-Boucher, étudiants au doctorat en psychologie de l'équipe de Kim Lavoie : bourses postdoctorales Banting des IRSC.

Valorisation

- Commercialisation du système de réorientation des usagers des urgences évalués comme étant de priorité 4 ou 5, qui permet de les diriger, de façon sécuritaire, vers des cliniques locales partenaires et ainsi de bénéficier d'une expérience à l'urgence plus efficace. Ce projet du Dr Alexandre Messier a été pris en charge par la société Logibec et fait actuellement l'objet d'un examen par le MSSS pour un large déploiement au Québec ainsi que de démarches de mise en marché à l'extérieur du Québec et en Europe de la part de Logibec.
- Cathéter cardiaque entièrement développé au Centre de recherche de l'HSCM par les chercheurs Thomas Charron, Guy Rousseau et Aimé-Robert LeBlanc avec un partenaire industriel, Agile MV :
 - sous brevet aux États-Unis protégeant la commercialisation de l'instrument et d'une méthode de perfusion cardiaque : *Method and device for infusion of pharmacological agents and thrombus aspiration in artery*;
 - subvention du ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation pour permettre une première chez l'humain au moyen de cet instrument, en avril 2019, en respectant tous les critères scientifiques, éthiques et légaux de Santé Canada; il s'agit d'une preuve de concept en vue d'une étude clinique multicentrique plus étendue prévue principalement à l'HSCM sous le thème *Contrer les dommages de reperfusion du coeur*;
 - conception et acceptation du prototype par Agile M; à l'issue d'une preuve de concept concluante, les partenaires entament la recherche d'un investissement majeur pour la fabrication de cathéters en nombre suffisant pour exécuter tous les tests nécessaires à son homologation.

Prix et distinctions

- Gilles Lavigne : membre de l'Ordre du Canada par le gouverneur général du Canada.
- Guy Rousseau : récipiendaire de l'Ordre de l'excellence en éducation du Québec du ministre de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur.
- Kim Lavoie et Simon Bacon : reconnus *fellows* de l'Academy of Behavioral Medicine Research.
- Laurent Mottron : doctorat *honoris causa* de l'Université de Liège en Belgique.
- Francis Bernard : seul membre canadien de l'équipe de normalisation clinique travaillant à l'élaboration du protocole à la base de l'essai clinique randomisé multicentrique BOOST-3, un projet de 32 M\$ financé par le National Institutes of Health du gouvernement américain et portant sur les lésions cérébrales traumatiques.
- Catherine Lemièrre : prix Leadership Award in Health Research de la part d'Asthma Canada.
- L'équipe de Dre Dominique Rouleau : Prix OMeGA 2018-2019 de l'American Orthopaedic Association-Adult reconstruction fellowship grant for academic excellence.
- Andréane Richard-Denis : sélectionnée comme membre du consensus d'experts canadiens des pratiques cliniques en gestion des blessés médullaires par les membres de l'Institut Rick Hansen, à Vancouver.
- Marie-Jeanne Blain : certificat de mérite et de reconnaissance par l'Association des médecins étrangers du Québec.
- Lisa Merry : nommée dans La liste des femmes francophones leaders en santé.
- Prix Guy Bégin 2018 en neuropsychologie de la Société québécoise pour la recherche en psychologie accordé à : Rahayel S, Postuma RB, Montplaisir J, Bedetti C, Brambati S, Carrier J, Monchi O, Bourgouin PA, Gaubert M & GAGNON JF. *Abnormal gray matter shape, thickness, and volume in the motor cortico-subcortical loop in idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder: association with clinical and motor features*. Cerebral Cortex 2018; 28 : 658-671.
- Prix du meilleur article publié en neuropsychologie du Département de psychologie de l'UQAM accordé à : Rahayel S, Postuma RB, Montplaisir J, Génier-Marchand D, Escudier F, Gaubert M, Bourgouin PA, Carrier J, Monchi O, Joubert S, Blanc F & GAGNON JF. *Cortical and subcortical gray matter bases of cognitive deficits in REM sleep behavior disorder*. Neurology 2018; 90 : e1759-e1770.
- Daphné Génier-Marchand, étudiante de Jean-François Gagnon : Prix Relève étoile Jacques-Genest pour l'article *How does dementia with Lewy bodies start ? Prodromal cognitive changes in REM sleep behavior disorder*, paru dans *Annals of Neurology*; les prix Relève étoile sont attribués par chacun des trois Fonds de recherche du Québec aux étudiants et étudiantes chercheurs en formation.
- Maud Michaud (Nassera Touati) : bourse REGARDS-InterActions2018.

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	COMMENTAIRES
Santé physique – Cancérologie					
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	58,6	90	59,3	N/D	Légère hausse du pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier), mais plus de patients opérés à l'intérieur de la cible, soit de 712 à 797 par rapport à l'année 2017-2018. La mise en place d'une rencontre hebdomadaire de planification proactive uniquement dédiée aux chirurgies oncologiques, la mise en place d'une liste actualisée, l'élaboration d'algorithmes d'interventions ainsi que l'introduction de l'indicateur dans les stations visuelles opérationnelles favoriseront l'atteinte de l'engagement 2019-2020.
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	88,1	100	91,6	N/D	Avec une augmentation de 4 % des patients traités par chirurgie oncologique dans les délais, on approche de la cible. La mise en place de diverses mesures favorisera l'atteinte de l'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 (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	N/D	Engagement atteint.
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	N/D	Engagement atteint.
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	N/D	Engagement atteint.
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	57,7	75	66,8	N/D	On note une hausse de 15,8 % du taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les installations du CIUSSS. Diverses mesures, telles que les audits trimestriels, l'implantation de la certification annuelle aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les secteurs identifiés, la mise en place d'un processus systématique de certification des équipes médicales, favoriseront l'atteinte de l'engagement 2019-2020.

Légende

 Atteinte de l'engagement annuel à 100 %

 Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100 %

 Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

S/O = SANS OBJET

N/D = NON DISPONIBLE

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	COMMENTAIRES
Soutien à domicile de longue durée					
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	1 068 241	1 105 320	1 183 305	N/D	Engagement atteint.
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée [(adultes des programmes-services SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées), DP (déficience physique) et DI-TSA (déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme)]	8129	8344	8668	N/D	Engagement atteint.
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées), DP (déficience physique) et DI-TSA (déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme))	81,6	90	67,3	N/D	Plusieurs mesures, telles que le travail en équipe de proximité, seront mises en place pour atteindre l'engagement qui n'a pas été atteint cette année. Par ailleurs, il faut noter que le nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) a connu une hausse de 6,6 %, ce qui représente 539 personnes supplémentaires desservies.
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) de 4 à 14	S/O	S/O	S/O	S/O	Cet engagement a été retiré par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre d'un addenda à l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019.
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée [(adultes des programmes-services SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées), DP (déficience physique) et DI-TSA (déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme)) ayant un profil ISO-SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)] de 4 à 14	S/O	S/O	S/O	S/O	Cet engagement a été retiré par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre d'un addenda à l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019.
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	N/D	Engagement atteint.
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	33,3	66,6	66,7	N/D	Engagement atteint.
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	100	N/D	Engagement atteint.
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée) ayant un profil ISO-SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) de 10 à 14	87,2	88	83,6	N/D	L'ouverture de nouvelles places en RI (ressources intermédiaires) favorisera l'atteinte de l'engagement 2019-2020.
Déficiences					
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC (centre local de services communautaires), selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	80,9	90	72,9	N/D	Cet indicateur fait l'objet d'un suivi en salle de pilotage stratégique. Le nombre d'utilisateurs dont la situation se détériore, passant de la priorité modérée à la priorité élevée, est en hausse. Des projets visant l'amélioration de l'accès et de l'efficacité du programme DI-TSA-DP (déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme-déficience physique) ainsi que l'ajout de ressources humaines favoriseront l'atteinte de l'engagement 2019-2020.

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	COMMENTAIRES
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC (centre local de services communautaires), selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	78	90	56,5	N/D	Cet indicateur fait l'objet d'un suivi en salle de pilotage stratégique. Le nombre d'utilisateurs dont la situation se détériore, passant de la priorité modérée à la priorité élevée, est en hausse. Des projets visant l'amélioration de l'accès et de l'efficacité du programme DI-TSA-DP (déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme-déficience physique) ainsi que l'ajout de ressources humaines favoriseront l'atteinte de l'engagement 2019-2020.
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA (trouble du spectre de l'autisme) venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	58,3	75	88,5	N/D	Engagement atteint.
Dépendances					
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	95,2	80	95,2	N/D	Engagement atteint.
Santé mentale					
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	378	414	414	N/D	Engagement atteint.
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	234	247	234	N/D	Le développement de postes favorisera l'atteinte de l'engagement 2019-2020.
Santé physique – Urgence					
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,86	12	17,44	N/D	Des travaux organisationnels de fluidité de la clientèle auront lieu dans la prochaine année afin de favoriser l'atteinte de l'engagement 2019-2020.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	61,3	70	60,8	N/D	En plus des diverses mesures d'amélioration continue, la mise en œuvre d'un projet pilote d'innovation pour l'Hôpital Jean-Talon, lequel pourrait par la suite s'appliquer à l'Hôpital Fleury et à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, favorisera l'atteinte de l'engagement 2019-2020.
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	48,3	70	48,8	N/D	En plus des diverses mesures d'amélioration continue, la mise en œuvre d'un projet pilote d'innovation pour l'Hôpital Jean-Talon, lequel pourrait par la suite s'appliquer à l'Hôpital Fleury et à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, favorisera l'atteinte de l'engagement 2019-2020.
Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie					
1.09.05-PS Nombre d'utilisateurs en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	744	800	893	N/D	Engagement atteint.
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	56	56	56	N/D	Engagement atteint.
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les utilisateurs décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	14,5	15	18,7	N/D	Engagement atteint.

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	COMMENTAIRES
Santé physique – Services de première ligne					
1.09.25-PS Nombre total de GMF (groupes de médecine de famille)	14	16	16	N/D	Engagement atteint.
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	64,16	85	65,98	N/D	Le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille connaît une hausse de 2,8 % par rapport à l'année 2017-2018, pour un total de 270 557 personnes inscrites auprès d'un médecin de famille. L'arrivée significative de nouveaux médecins québécois et étrangers sur le territoire permettra une amélioration notable de cet indicateur.
1.09.48-PS Nombre de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	6	6	6	N/D	Engagement atteint.
Santé physique – Chirurgie					
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	370	0	32	N/D	Avec une diminution significative des demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an, la cible est presque atteinte. Un suivi rigoureux de la liste d'attente en chirurgie ainsi que les travaux du comité de travail sur la chirurgie bariatrique favoriseront l'atteinte de l'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	98,1	100	99,4	N/D	L'engagement est pratiquement atteint puisque le nombre de demandes en imagerie médicale dont le délai d'attente est de 91 jours ou plus pour les modalités d'imagerie médicale ciblées se situe à 20 demandes au 31 mars 2019.
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	100	100	100	N/D	Engagement atteint.
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	100	100	N/D	Engagement atteint.
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100	N/D	Engagement atteint.
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	99,4	100	92,9	N/D	Le nombre de demandes en imagerie médicale dont le délai d'attente est de 91 jours ou plus pour les échographies cardiaques se situe à 19 demandes au 31 mars 2019. Un suivi serré de la liste d'attente en échographie cardiaque favorisera l'atteinte de l'engagement 2019-2020.
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	82,8	100	100	N/D	Engagement atteint.
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	100	100	100	N/D	Engagement atteint.

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	COMMENTAIRES
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	95,2	100	100	N/D	Engagement atteint.
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	99,8	100	99,9	N/D	L'engagement est pratiquement atteint puisqu'une seule demande en imagerie médicale présente un délai d'attente de 91 jours ou plus pour les résonances magnétiques au 31 mars 2019.
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	N/D	Engagement atteint.
Ressources humaines					
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	5,83	4,9	5,96	N/D	Les travaux se poursuivront avec la mise en place de l'équipe Virage prévention, l'élaboration d'un plan d'action pour chacun des secteurs où les hausses sont les plus fortes ainsi que la création de postes en santé et sécurité.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,43	4,2	5,81	N/D	La pénurie importante de nouvelle main-d'œuvre, la baisse du taux de recours à la main-d'œuvre indépendante ainsi que les absences à court et long termes forcent à recourir au temps supplémentaire, malgré nous. Les efforts se poursuivront pour recruter du personnel additionnel et rehausser la structure de certains postes.
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	5,85	4,6	4,63	N/D	Avec une baisse de 21 % du taux de recours à la main-d'œuvre indépendante, nous avons atteint la cible. La pénurie importante de nouvelle main-d'œuvre demeure un enjeu, ce qui force à recourir à la main-d'œuvre indépendante. Les efforts se poursuivront pour recruter du personnel additionnel, soutenir les gestionnaires dans le suivi des dossiers d'absentéisme et effectuer une analyse fine de la situation par secteur prioritaire.
Multiprogrammes					
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC – centre local de services communautaires)	64,6	75	63,9	N/D	La ventilation des données par programme-services permettra d'intervenir au sein des programmes-services dont les délais de dispensation des premiers services de nature psychosociale sont supérieurs à 30 jours, ce qui favorisera l'atteinte de l'engagement 2019-2020.

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
Santé publique			
<p>Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)</p>	<p>Contexte : En septembre 2017 a été publiée la 2^e édition du document : « Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec – Les infections nosocomiales ». Ce document formule les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux en ce qui concerne le programme PCI des établissements ainsi que les composantes structurelles à mettre en place pour le soutenir. Il est attendu que chaque établissement se dote d'un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Le CS-PCI remplacera les comités PCI mis en place dans chaque installation avant la réorganisation du réseau de la santé en 2015.</p> <p>Description : Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; • suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; • suivre l'application des mesures en PCI; • suivre les données de surveillance sur les infections nosocomiales et les audits; • adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du conseil d'administration; • entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; • assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; • recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; • déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au comité de direction (CODIR); • déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; • acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. <p>Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au président-directeur général (PDG) ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG.</p> <p>Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.</p>	R	<p>Cette attente spécifique a été réalisée.</p>

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
Services sociaux			
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)	<p>Contexte : Le PTAAC constitue depuis 2008 un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.</p> <p>Description : Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour le suivi de l'implantation (PTAAC).</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée.
Plan d'action TSA (trouble du spectre de l'autisme) (2017-2022) (03.2)	<p>Contexte : Un suivi des mesures inscrites au Plan d'action TSA publié à l'hiver 2017 est demandé aux établissements afin d'en évaluer son implantation et l'impact des investissements.</p> <p>Description : Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du Plan d'action TSA 2017-2022.</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée.
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)	<p>Contexte : L'implantation de la Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance s'inscrit dans le cadre de l'objectif 15 de la Planification stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux visant à intensifier l'offre de services en dépendance et en itinérance dans le réseau. Il s'agit également d'une mesure inscrite dans le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance. La Stratégie constitue un levier d'importance pour favoriser l'intégration des services, et ce, en cohérence avec la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux.</p> <p>Description : La Stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • de les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie; • de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis; • de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire. <p>L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED (système de suivi de gestion et de reddition de comptes).</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée.

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)	<p>Contexte : La problématique de la négligence est la principale cause de prise en charge des jeunes par la protection de la jeunesse. Des services appropriés doivent être offerts aux familles aux prises avec cette problématique avant que la sécurité ou le développement de l'enfant ne soit compromis. La poursuite de la mise en œuvre des programmes d'intervention en négligence, l'intensification des interventions, ainsi que la définition d'une trajectoire de services optimale, sont autant d'éléments pouvant contribuer à l'amélioration de la situation de ces familles.</p> <p>Description : Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'utilisateur. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficacité des services. Pour chaque région sociosanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.</p>	S/O	Cette attente spécifique a été retirée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (niveau de soins alternatifs) (03.5)	<p>Contexte : Des délais d'attente maximaux ont été établis pour les usagers NSA en lit de courte durée en centre hospitalier. La fluidité de la trajectoire des usagers est influencée par des facteurs en amont, en intra hospitalier et en aval du centre hospitalier.</p> <p>Description : Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalier et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements fusionnés doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.</p>	S/O R	<p>État des résultats : Cette attente spécifique a été retirée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>État de mise en œuvre : Cette attente spécifique a été réalisée.</p>
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (centres d'hébergement et de soins de longue durée) (03.7)	<p>Contexte : L'investissement de 36 M\$ vise à bonifier la qualité des soins d'hygiène en optimisant l'organisation du travail et à offrir un 2^e bain ou douche, en plus du soin quotidien, aux résidents qui le désirent et dont les conditions particulières le permettent.</p> <p>Description : L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements.</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée.

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
Services de proximité, urgences et préhospitalier			
État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04.1)	<p>Contexte : Le ministère de la Santé et des Services sociaux a procédé, en 2016, au déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles pour la prise en charge et au suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs et souhaite un état d'avancement.</p> <p>Description : Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1^{er} juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS (centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux) et des CISSS (centres intégrés de santé et de services sociaux) devra être produit.</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée.
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 (accident vasculaire cérébral) (04.2)	<p>Contexte : L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en AVC sur son territoire. Un plan d'action national a été produit. Il comprend les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum assorties de moyens et d'indicateurs.</p> <p>Description : Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée.
Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04.3)	<p>Contexte : Une gouvernance en télésanté a été mise en place en 2015 avec, notamment, pour objectif, l'accroissement de l'utilisation de la télésanté dans l'offre de services des établissements du réseau. La mise en place d'un comité tactique interne est un élément important de cette gouvernance pour promouvoir et coordonner les services de télésanté au niveau local (établissements) et c'est pour cette raison qu'elle fait l'objet d'une attente spécifique en 2018-2019.</p> <p>Description : Compléter le gabarit produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée.

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
Financement, infrastructures et budget			
<p>Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)</p>	<p>Contexte : L'évaluation de l'état physique du parc immobilier a fait partie des EGI (ententes de gestion et d'imputabilité) des PDG (présidents-directeurs généraux) des trois dernières années. Cette attente spécifique découle, d'une part, des recommandations du VGQ (Vérificateur général du Québec) (automne 2012, chapitre 4) et, d'autre part, de l'application de la loi 38 concernant la gouvernance des infrastructures. Le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers est directement conséquent avec l'évaluation de l'état physique du parc immobilier et plus particulièrement avec l'identification des bâtiments déficitaires et le déficit de maintien afférent.</p> <p>Description : 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 (plan de conservation et de fonctionnalité immobilière) et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le ministère de la Santé et des Services sociaux 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>	<p>R</p>	<p>Cette attente spécifique a été réalisée.</p> <p>La mise à jour des projets de maintien des actifs se fait en continu selon la réalisation de ceux-ci.</p>

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
Coordination réseau et ministérielle			
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et Services sociaux (08.2)	<p>Contexte : En vertu de la Loi sur la sécurité civile (RLRQ, chapitre S-2.3), il revient aux établissements de réaliser le processus de gestion des risques en sécurité civile afin d'assurer le maintien de leurs biens et services essentiels, et ce, en cohérence avec l'orientation 3 de la PMSC (Politique ministérielle de sécurité civile).</p> <p>Description : Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement.</p> <p>À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation.</p> <p>Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile.</p> <p>L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques.</p> <p>Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée.
Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)	<p>Contexte : En vertu de la Loi sur la sécurité civile (RLRQ, chapitre S-2.3) et en cohérence avec l'orientation 4 de la PMSC (Politique ministérielle de sécurité civile), le ministère de la Santé et des Services sociaux et les établissements ont la responsabilité d'assurer le maintien de leurs services ou activités critiques.</p> <p>Description : Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée.

Portrait sommaire de la performance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : atteinte des engagements annuels 2018-2019

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
Planification, évaluation et qualité			
Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes (SBEH) par les établissements (09.1)	<p>Contexte : L'établissement a la responsabilité de produire un plan d'action afin de mieux répondre aux besoins de santé des hommes, et ce, en cohérence avec le Plan d'action ministériel en SBEH 2017-2022 et le Guide de pratiques de gestion pour adapter les services de première ligne à la clientèle masculine. La réponse aux besoins de santé des hommes est une préoccupation importante pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), car les hommes ont tendance à moins utiliser les services de première ligne.</p> <p>Description : Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices – Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée.

Légende :

R = RÉALISÉE À 100 %

S/O = SANS OBJET

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Démarches de certification

Le CIUSSS a reçu cette année, du 2 au 6 décembre 2018, sa première visite d'Agrément Canada, depuis la fusion des établissements. Le nouveau cycle d'agrément introduit la notion de visites séquentielles. La visite de cette année constitue la première de la séquence sur cinq ans et au terme duquel notre agrément, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, sera renouvelé.

La première visite visait la gouvernance, le leadership, la prévention et contrôle des infections, la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Nous sommes fiers d'avoir atteint un niveau de conformité global de 92 %.

On peut lire, dans le rapport final de la visite, de nombreux commentaires qui soulignent plusieurs forces observées dans l'établissement. Parmi celles-ci, on note le souci du conseil d'administration d'offrir des soins et des services de qualité, accessibles et adaptés, ainsi qu'une volonté constante d'atteindre des résultats concrets.

Les nombreux partenariats développés par le CIUSSS sont également soulignés ainsi que la grande satisfaction des partenaires qui perçoivent beaucoup d'ouverture et un intérêt commun pour la population. Sur le plan clinique, le rapport souligne les très bons résultats dans la priorisation des infections nosocomiales ainsi que certaines initiatives qui ont permis, notamment, d'améliorer l'accès aux plateaux techniques en imagerie médicale et aux blocs opératoires.

À l'égard des ressources humaines, qui représentent un enjeu stratégique des prochaines années, le rapport dénote un souci de la personne et ce, aussi bien sur le plan de son développement, de sa santé physique et psychologique que de son bien-être au travail. Il faut d'ailleurs souligner la très belle performance de l'établissement au chapitre de la main-d'œuvre indépendante, qui est en baisse dans les centres d'hébergement et pratiquement éliminée dans les hôpitaux. De façon globale, nos intervenants sont engagés, disponibles et fiers d'offrir des services de qualité à leur population. On perçoit un très bon climat de travail et un fort sentiment d'appartenance.

Finalement, mentionnons le partenariat de soins qui démontre que l'organisation mise sur une approche centrée sur les usagers et leur famille, ainsi que la mise en place d'un nouveau système de gestion misant sur l'amélioration continue.

Certaines actions sont toutefois attendues, à la suite de la visite, pour répondre aux exigences d'Agrément Canada. Ces actions permettront d'améliorer les processus relatifs aux mécanismes de déclaration des événements indésirables, aux rapports trimestriels sur la sécurité des usagers et au plan de sécurité des usagers.

De par ces actions, le CIUSSS NIM démontre sa volonté de poursuivre l'amélioration et la consolidation de son offre de service et à maintenir une vigilance sur la sécurité des personnes.

Certification de la qualité du milieu de vie en hébergement

Le CIUSSS NIM a reçu trois visites ministérielles dans les CHSLD en 2018-2019, soit aux CHSLD Auclair, Notre-Dame-de-la-Merci, ainsi que Paul-Lizotte (pour lequel nous sommes en attente d'un rapport final). D'entrée de jeu, mentionnons le respect et l'approche chaleureuse du personnel envers les résidents et leurs proches, soulignés par l'évaluateur ministériel.

Certaines recommandations ont été formulées, notamment à l'égard de l'aménagement des espaces communs, de l'activité repas et de l'information transmise aux résidents lors de l'accueil.

Des plans d'action découlant de ces visites feront l'objet de suivis dans les six mois suivant les visites.

Sécurité des soins et des services

En 2018-2019, nous avons poursuivi le travail de promotion et de sensibilisation, au moyen des formations sur la déclaration des incidents et accidents. Ce sont ainsi 283 employés et gestionnaires qui ont été formés à la fois sur quand, comment et pourquoi déclarer les incidents et accidents au moyen des formulaires de déclaration AH223. De plus, de la sensibilisation en continu se fait lors des rencontres d'analyses approfondies des incidents et accidents ainsi que lors de rencontres ponctuelles avec les équipes de soins. La promotion de la déclaration demeure au centre des préoccupations du service de qualité, risques et éthique.

Déclaration des événements indésirables

La tenue et l'exploitation du registre local des déclarations d'événements indésirables ainsi que le suivi de l'ensemble de ces événements représentent toujours un défi important pour le service.

Cette année, dans certains secteurs de notre établissement, nous avons débuté la formation de décentralisation de la saisie de rapports de déclaration des incidents et accidents (AH-223), par exemple dans les trois urgences, les unités de soins de l'Hôpital Fleury, les archives et le bloc opératoire de l'Hôpital Jean-Talon. La décentralisation permet aux cliniciens de saisir directement à l'écran, et les gestionnaires font aussi l'analyse directement en ligne tout en ayant une vue d'ensemble des déclarations de leurs services respectifs. Dans cet élan, nous souhaitons consolider la décentralisation en 2019-2020 pour éventuellement cesser d'utiliser le formulaire papier AH-223 dans l'établissement. Ce travail nous permettra d'obtenir des données en temps réel et de meilleure qualité.

Types de déclarations

Parmi les déclarations, 18 % sont des incidents, 74 % représentent des accidents et une proportion de 8 % est de nature indéterminée. La répartition des déclarations produites dans les 25 installations du CIUSSS se définit comme suit : plus de 37 % enregistrées en hébergement, 50 % en milieu hospitalier et 13 % en CLSC.

Les trois principaux types d'incidents (gravité A et B)

Événements	Nombre	% des événements
Autre	803	4,75
Médication	665	3,94
Laboratoire	446	2,64
Total	1 914	11,33
Total CIUSSS A et B	2 958	

Les trois principaux types d'accidents (gravité C à I)

Événements	Nombre	% des événements
Chute	6 214	36,80
Médicament	2 308	13,67
Autre	2 164	12,81
Total	10 686	63,28
Total CIUSSS C et I	12 468	

Légende

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

La majorité des événements sont liés aux chutes et à la médication, dans une proportion respectivement de 41% et de 19 %, ce qui représente des résultats comparables à ceux de l'exercice précédent. Ces deux types font l'objet d'une préoccupation constante et compteront parmi les projets ciblés comme prioritaires. Cette année, nous estimons toutefois avoir une baisse générale du taux de déclarations des événements.

Événements sentinelles 2018-2019

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

Durant l'année 2018-2019, l'équipe de la gestion des risques a traité 56 événements sentinelles pour lesquels des plans d'action ont été mis en place afin d'en prévenir la récurrence, comparativement à 43 événements en 2017-2018.

Parmi les événements traités en sentinelle nous avons eu un total de 14 événements qui ont causé ou contribué au décès, donc de gravité « I », comparé à 6 en 2017-2018. Par ailleurs, la durée moyenne du délai entre le moment où se sont produits les événements et le dépôt des plans d'action est passé de 24 jours en 2017-2018, à 30 jours en moyenne pour 2018-2019.

Nombre d'événements sentinelles par gravité pour 2018-2019

Type d'événements	Nombre d'événements	Niveau de gravité										
		A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Indéterminé
Abus, agression	2			1					1			
Détérioration état mental	1							1				
Décès inattendu	1											1
Chute	5						1				4	
Équipement	1											1
Fugue/disparition	1							1				
Matériel	6			1	1		1	1				2
Médicament	9	1		1	1		4	1				1
Retraitement des dispositifs médicaux	2			1	1							
Suicide	1										1	
Traitement/Intervention	27			1	1	3	7	2	1	1	9	2
Total	56	1	0	5	4	3	13	6	2	1	14	7

De plus, certaines mesures ont été mises en place cette année et permettent de favoriser la qualité et la sécurité des soins et des services :

- Les chutes et les erreurs de médicaments sont à l'origine de la majorité des incidents et accidents et touchent beaucoup les personnes âgées. Pour corriger la situation, nous avons intensifié le déploiement de l'approche AAPA (approche adaptée à la personne âgée) afin de mettre en place des mesures qui favorisent la sécurité de notre clientèle âgée et à risque.
- Pour ce qui est de l'administration sécuritaire des médicaments, le comité directeur a été actif et a travaillé conjointement avec la direction des soins infirmiers pour sécuriser la pratique et produire des outils et guides pour les cliniciens. De plus, lors de la visite d'Agrément Canada, la norme *gestion du médicament* a obtenu une note de 95,3 % et les six pratiques organisationnelles requises (POR) se sont révélées conformes.

Rapports du coroner

Au cours de la dernière année, nous avons reçu quatre rapports du coroner avec des recommandations. Elles ont été implantées ou sont en cours de déploiement :

- Des mesures appropriées doivent être mises en place en vue d'améliorer la sécurité et la qualité des soins et services médicaux offerts à l'hôpital aux usagers souffrant de spondylose ankylosante. Le problème a fait l'objet d'une révision diligente par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement afin d'apporter les correctifs nécessaires.
- Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens doit revoir les pratiques en matière de réanimation cardiorespiratoire et de désobstruction des voies respiratoires dans le but d'établir clairement les distinctions entre ces deux mesures d'urgence lorsqu'un certificat de non-réanimation est présent au dossier de l'usager. La direction a transmis aux équipes cliniques une note de service spécifiant les mesures appropriées à observer en de telle circonstance.
- Une usagère hébergée en ressource intermédiaire a fait des chutes à répétition et présentait une détérioration progressive de son état mental à son décès. L'établissement doit s'assurer que le séjour en ressource intermédiaire de l'usagère était adéquat. Des suivis sont en cours auprès de la ressource à cet effet et le volet de la prévention fera l'objet d'une analyse approfondie dans ce type d'établissement.
- À la suite d'une fugue, un usager en hébergement temporaire a été retrouvé décédé sur le terrain du CHSLD qui l'hébergeait. Le rapport demande que les recommandations émises par la Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique du CIUSSS pour sécuriser les séjours hébergés soient parachevées dans les meilleurs délais. Un plan d'action est en cours de déploiement pour donner suite à ces recommandations.

Nous avons reçu sept autres rapports de coroner faisant enquête sur des décès survenus dans notre établissement, mais qui n'ont pas fait l'objet de recommandations. Cela s'explique par le fait que ces enquêtes n'ont pas soulevé de points à améliorer dans les soins et services.

Au total cette année, nous avons révisé 687 rapports d'enquête envoyés par le Bureau du coroner qui touchent le milieu de la santé. De ceux-ci, nous avons retenu 70 rapports qui pouvaient être utilisés dans notre CIUSSS pour amélioration continue. Ils ont été envoyés aux directions et services concernés.

Prévention des infections

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

- La surveillance des infections nosocomiales selon les recommandations de l'INSPQ.
- La poursuite de l'harmonisation des pratiques en prévention et contrôle des infections dans tout le CIUSSS.
- Le déploiement d'un plan d'action pour la mise en place des pratiques exemplaires en prévention des infections du site opératoire en chirurgie cardiaque.
- Le déploiement d'un plan d'action basé sur le contrôle de l'environnement et la gestion des excréta ayant pour objectif la prévention et le contrôle des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) à l'Hôpital Jean-Talon. En conséquence, une diminution du taux de DACD a été observée dans cette installation.
- La poursuite d'activités d'amélioration continue des pratiques d'hygiène des mains, principalement dans les installations qui offrent l'hospitalisation et l'hébergement des clientèles.
- La planification et le contrôle environnemental lors des travaux de construction et de rénovation, de même que lors d'événements environnementaux imprévus.

Mesures de contrôle : contention et isolement

Une politique relative à la contention et l'isolement a été préparée pour adoption au début de 2019-2020. De plus, un travail est en cours pour valider l'informatisation de certains formulaires de gestion des mesures de contrôle pour les équipes de soins.

Les travaux avancent pour la mise en place d'un registre des mesures de contrôle pour le CIUSSS. Nous souhaitons développer un tableau de bord sur l'utilisation de ces mesures.

Personnes mises sous garde

Mise sous garde	Mission Hôpitaux	Total établissement
Nombre de gardes préventives appliquées	1 264	1 264
Nombre de demandes de mise sous garde provisoires présentées au tribunal	S/O	329
Nombre de mises sous garde provisoires ordonnées par le tribunal et exécutées	307	307
Nombre de demandes de mise sous garde présentées au tribunal (incluant les renouvellements autorisés)	S/O	571
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal et exécutées (incluant les renouvellements autorisés)	548	548

Examen des plaintes et promotion des droits

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

Dossiers de plaintes et d'interventions traités

Au cours de l'exercice 2018-2019, 409 dossiers de plaintes et 27 dossiers d'intervention ont été conclus par l'équipe du commissariat, en excluant les plaintes à l'égard des membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Les relations interpersonnelles, dont les problèmes de communication et d'attitude (manque d'empathie, commentaires inappropriés, manque d'écoute ou d'information et refus de s'identifier) demeurent parmi les principaux motifs d'insatisfaction, avec 27 % des objets de plainte. La qualité des soins et services, dont les problèmes de continuité de services, l'absence de suivi, l'insuffisance et la qualité des services (protocole clinique, administration de médicaments, soins de santé physique) représentent également 27 % des objets de plainte traités. En ce qui concerne les interventions traitées, plus de 88 sont consécutives à un signalement auprès du Commissariat, principalement concernant des motifs liés à la maltraitance.

Recommandations

En cohérence avec l'approche collaborative privilégiée par le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services, les mesures d'amélioration découlant de l'examen d'une plainte ou d'une intervention font habituellement l'objet d'engagements de la part des gestionnaires concernés. Les recommandations et engagements qui soulèvent des enjeux plus importants relativement au respect des droits et à la qualité des services font l'objet d'un suivi au comité de vigilance et de la qualité. Pour l'année 2018-2019, les dossiers présentés par la commissaire à ce comité du conseil d'administration ont mené aux mesures d'améliorations suivantes.

Services de santé mentale et dépendance

- Élaboration et diffusion d'une procédure sur la gestion des événements de disparition, de fugue ou d'évasion d'un usager.
- Rappel au personnel de l'obligation de déclarer les événements selon la procédure de déclaration des accidents et incidents.

Services aux aînés en perte d'autonomie

- Évaluation des compétences du personnel concerné par un événement sentinelle.
- Modification des pratiques de tarification d'un prestataire de services de coiffure dans un centre d'hébergement.
- Élaboration et diffusion de normes de pratiques infirmières en soutien à domicile.
- Information au personnel du soutien à domicile relativement au dépistage du risque suicidaire.
- Déclaration d'un accident au soutien à domicile, conformément à la politique en vigueur dans l'établissement.

- Mise en place d'une communauté d'apprentissage parmi le personnel psychosocial des centres d'hébergement.
- Critères de priorisation et délai de prise en charge cible élaborés pour les services psychosociaux requis en hébergement.
- Implantation d'un outil de suivi de la charge de cas pour le personnel psychosocial en hébergement.

Services multidisciplinaires

- Amélioration du système d'accès aux rendez-vous en clinique externe pour les soins de santé physique.
- Clarification des rôles et des responsabilités des professionnels en clinique externe d'orthopédie d'un centre hospitalier.
- Formation d'une employée pour améliorer la qualité du service à la clientèle.
- Élaboration d'un outil de communication à l'intention des usagers afin de les informer sur le fonctionnement du centre de répartition des demandes de services (CRDS) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Modification des pratiques du personnel administratif d'une clinique externe afin de respecter les champs d'exercice professionnels.
- Révision et harmonisation des critères de priorisation et des délais de prise en charge « cibles » pour les services de physiothérapie externe dans les centres hospitaliers.

Soins infirmiers et direction des services professionnels

- Formation aux gestionnaires des unités de soins de santé physique quant aux procédures relatives à la déclaration des accidents et incidents et à leur divulgation.
- Rappel au personnel sur les modalités de gestion des événements sentinelles.
- Analyse d'un événement sentinelle par la gestion des risques et le personnel concerné et identification en équipe des pratiques à améliorer relativement aux risques d'abus sexuels entre usagers.
- Formation du personnel sur la gestion sécuritaire de la période des repas.
- Élaboration d'une procédure concernant la gestion des situations de décès.
- Rappel aux médecins des règles relatives à la facturation des frais de chambre et autres frais.

Ressources financières

- Développement d'outils et information au personnel relativement à la facturation des lits pour les usagers avec un statut d'hébergement.
- Remboursement des frais de service facturés à un usager non-résident en raison de l'information erronée transmise par un professionnel de l'établissement.

- Annulation de factures en raison d'états de compte incompréhensibles.
- Annulation d'une facture pour un usager dont le choix de chambre n'avait pas été enregistré dans les systèmes d'information.

Services intégrés de première ligne

- Actualisation d'un plan d'amélioration de la pratique auprès d'un professionnel.
- Formation et mise en place d'activités de codéveloppement pour soutenir la qualité de la pratique d'un groupe de professionnels.
- Information à la clientèle et sensibilisation du personnel pour améliorer la satisfaction de la clientèle dans le cadre des tests d'hyperglycémie provoquée en CLSC.
- Mise en place d'une liste d'attente pour les rendez-vous de vaccination dans un CLSC.
- Sensibilisation du personnel infirmier quant à l'enseignement à faire aux usagers d'une procédure d'autoprélèvement.
- Élaboration d'un cadre de référence relatif au programme de soutien à la famille.

Services techniques

- Révision de la politique de gestion des équipements non médicaux.

On pourra consulter le rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services sur le site Web du CIUSSS NIM en septembre 2019 à : ciuss-nordmtl.gouv.qc.ca.

Recommandations du Protecteur du citoyen

Une diminution de 35 % du nombre de dossiers soumis au Protecteur du citoyen au cours de 2018-2019 est notée. Ce sont 20 plaintes qui ont été soumises pour un examen en deuxième instance. C'est donc 5 % du volume de plaintes conclues au Commissariat qui sont portées à l'attention du Protecteur du citoyen. Ces dossiers comportaient au total 46 objets de plainte.

Par ailleurs, le Protecteur du citoyen a rendu ses conclusions dans 24 dossiers et a ainsi statué sur 31 objets. De ces 31 objets, neuf ont conduit à des recommandations par le Protecteur, soit 29 % de ceux-ci. C'est donc dire que le Protecteur a estimé que 71 % des éléments traités par le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services et qui lui ont été soumis pour un examen en deuxième instance ne requerraient pas de mesures supplémentaires.

Ainsi, le Protecteur du citoyen a émis des recommandations à l'endroit de l'établissement touchant ces aspects. Ces recommandations visaient parfois à rétablir la situation personnelle d'un usager ou avaient une portée davantage systémique. Portant sur les sujets suivants, elles ont toutes été implantées ou sont en cours de l'être :

- Annulation des factures d'un usager et recommandation de ne facturer qu'à compter du 31^e jour les usagers qui occupent un lit post-hospitalier ou de soins post-aigus.
- Réévaluation des besoins psychosociaux d'une famille et élaboration d'un plan d'intervention, dont un plan de services

interdisciplinaires avec l'Hôpital de Montréal pour enfant et le Centre Marie-Enfant.

- Rappel au personnel infirmier de l'importance d'évaluer la fragilité de la peau des usagers afin de sélectionner le pansement approprié à leur épiderme.
- Demande au personnel infirmier de l'unité de chirurgie orthopédique d'évaluer et de déterminer l'aide nécessaire aux déplacements des usagères et des usagers lorsque cela n'a pas déjà été évalué par un physiothérapeute; assurer un plus grand encadrement des activités de mobilisation et aviser le personnel infirmier lors de chutes de la clientèle au moment d'un déplacement.
- Poursuite des démarches d'amélioration de la performance au sein d'une unité d'urgence afin, notamment, de diminuer les délais de prise en charge médicale.
- Remboursement de biens volés à une usagère et poursuite de la démarche entreprise à la suite des recommandations de la Commissaire aux plaintes relatives à la recherche d'antécédents judiciaires des employés des entreprises privées du domaine des soins infirmiers et d'assistance à domicile avec lesquelles il contracte; mise en place d'un mécanisme de suivi des vérifications des antécédents judiciaires effectuées par les entreprises privées du domaine des soins infirmiers et d'assistance.
- Jusqu'à une prochaine réévaluation, octroi du chèque emploi-service à une usagère selon le nombre d'heures de services que requiert sa situation, notamment pour les tâches ménagères et le lavage des cheveux.
- Annulation des frais d'administration qui ont été facturés à une usagère et cessation de ces frais aux usagers non résidents; arrêt de la facturation d'un supplément pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privée aux usagers non résidents; modification du formulaire de façon à respecter les normes établies en matière de choix de chambre.
- Remboursement des frais encourus à la suite du bris de l'appareil auditif d'une usagère.
- Annulation d'une facture.
- Remboursement à une liquidatrice de la différence entre le montant payé en trop pour un service reçu et le montant dû.

Enfin, en 2018-2019, le Protecteur du citoyen a initié trois interventions dont deux sont ou seront tout prochainement conclues sans mesure corrective.

Le troisième dossier ouvert par le Protecteur du citoyen, concernant la protection des personnes vulnérables qui résident dans des maisons de chambres privées, aura généré des recommandations qu'il adresse aux différents CIUSSS de la région de Montréal. Ces recommandations demandent d'instaurer des mécanismes de vigilance et de transmission de l'information chez les intervenants appelés à donner des services à ces clientèles et ce, en vue de la protection de ces personnes.

Soins palliatifs et soins de fin de vie

Le groupe interdisciplinaire de soutien pour l'aide médicale à mourir (GIS) a tenu sept rencontres dans l'année. Il a poursuivi son mandat :

- Soutenir les médecins et les équipes interdisciplinaires dans le cheminement de toute demande d'aide médicale à mourir (AMM) aussi bien dans l'établissement que dans le territoire du CIUSSS, par :
 - La transmission de l'information sur le processus et les protocoles cliniques;
 - Le soutien de proximité aux professionnels dans la réponse et dans le traitement d'une demande;
 - L'élaboration et la bonification d'outils clinico-administratifs en soutien au traitement d'une demande.

Le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées a augmenté de façon significative; il a doublé dans la période comptabilisée pour atteindre près de 4 demandes par mois.

Le comité de coordination des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) du CIUSSS s'est réuni à deux reprises. Son mandat est de :

- Favoriser une approche de soins palliatifs et de fin de vie axée sur les droits et les besoins des personnes en SPFV, de leurs proches aidants et ce, au sein de l'organisation, auprès des partenaires et de la population;
- Coordonner le développement du programme de SPFV;
- S'assurer du déploiement des activités et du plan de développement des compétences liées aux soins palliatifs et de fin de vie.

Suivi des requêtes en lien avec les soins palliatifs et soins de fin de vie

Du 10 décembre 2017 au 31 mars 2019

Activité	Information	Site ou installation				
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
Soins palliatifs et soins de fin de vie*	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	1 128				1 128
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée		409			409
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile			1 053		1 053
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs				S/O	S/O
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	29				29
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	56 dont une en processus d'évaluation au 31 mars 2019				56
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	28 incluant une personne qui avait formulé sa demande avant le 10 décembre 2017				28
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : • Ne répondaient pas aux critères de la loi : 5 • Décédé ou devenu inapte en cours d'évaluation : 10 • Demande retirée pour une autre option thérapeutique : 13	28				28
* Considérant qu'il n'est pas possible actuellement d'identifier les personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre I, art.3), la nouvelle information demandée, soit le nombre de personnes en SPFV, obtenue à partir des banques de données nationales, permettra de donner un aperçu des personnes en SPFV par milieu de soins. S/O : n'ayant pas lieu de figurer. Donc, il ne faut pas additionner les nombres par site ou installation parce qu'ils viennent de sources de données et de périodes différentes.						

Ressources humaines de l'établissement

Gestion et contrôle des effectifs

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

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2018-04-01 au 2019-03-30		
		Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	790 123	5 375	795 499	437	528
	2015-16	698 753	4 786	703 539	386	493
	2016-17	659 780	3 201	662 981	364	452
	2017-18	643 962	4 179	648 141	355	422
	2018-19	634 658	2 795	637 453	350	435
	Variation	(19,7 %)	(48,0 %)	(19,9 %)	(19,8 %)	(17,6 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 733 224	4 886	1 738 110	959	1 277
	2015-16	1 746 416	4 817	1 751 233	965	1 302
	2016-17	1 789 545	4 361	1 793 906	989	1 303
	2017-18	1 838 517	6 728	1 845 245	1 016	1 347
	2018-19	1 879 936	6 997	1 886 933	1 038	1 360
	Variation	8,5 %	43,2 %	8,6 %	8,2 %	6,5 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	4 606 945	274 180	4 881 125	2 473	3 408
	2015-16	4 770 349	280 515	5 050 864	2 560	3 451
	2016-17	4 819 596	316 572	5 136 168	2 578	3 553
	2017-18	4 933 548	322 123	5 255 672	2 634	3 661
	2018-19	5 064 056	347 331	5 411 387	2 708	3 693
	Variation	9,9 %	26,7 %	10,9 %	9,5 %	8,4 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	7 329 620	250 562	7 580 182	4 045	5 530
	2015-16	7 340 160	240 037	7 580 197	4 049	5 499
	2016-17	7 463 134	266 450	7 729 585	4 118	5 632
	2017-18	7 155 515	316 733	7 472 247	3 947	5 523
	2018-19	7 211 101	340 629	7 551 730	3 980	5 654
	Variation	(1,6 %)	35,9 %	(0,4 %)	(1,6 %)	2,2 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 848 549	35 444	1 883 992	942	1 446
	2015-16	1 848 105	37 145	1 885 250	942	1 422
	2016-17	1 900 763	44 495	1 945 258	968	1 499
	2017-18	1 932 243	48 114	1 980 357	986	1 569
	2018-19	1 898 882	48 933	1 947 815	969	1 587
	Variation	2,7 %	38,1 %	3,4 %	2,8 %	9,8 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	35 456	50	35 506	20	103
	2015-16	31 965	25	31 990	18	96
	2016-17	27 622	93	27 715	15	82
	2017-18	21 366	19	21 385	12	68
	2018-19	19 415	63	19 479	11	70
	Variation	(45,2 %)	27,0 %	(45,1 %)	(45,5 %)	(32,0 %)
Total du personnel	2014-15	16 343 918	570 497	16 914 415	8 876	12 045
	2015-16	16 435 747	567 325	17 003 073	8 921	12 036
	2016-17	16 660 440	635 173	17 295 613	9 033	12 315
	2017-18	16 525 151	697 897	17 223 048	8 950	12 369
	2018-19	16 708 049	746 749	17 454 798	9 056	12 580
	Variation	2,2 %	30,9 %	3,2 %	2,0 %	4,4 %

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

Commentaires de l'établissement

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (LGCE), qui vise notamment à assurer une saine gestion des effectifs, la cible fixée par le Conseil du trésor n'a pas été atteinte. L'établissement présente un écart à la cible de 213 043 (1,2 %).

Pour le CIUSSS NIM, l'écart à la cible s'explique en partie par la prise en charge d'activités pour de la clientèle souffrant de déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme (DT-TSA), par entente de service avec le CIUSSS du Centre-Sud. Les 108 000 heures relatives à cette entente ne sont pas considérées à la cible du MSSS.

Il est important de noter que la cible au regard de la LGCE a initialement été établie par le MSSS sur la base des heures effectuées par le personnel de l'organisation. Or, depuis la fusion en avril 2015, le CIUSSS NIM a travaillé à combler ses postes vacants permettant ainsi de convertir les heures effectuées en main-d'œuvre indépendante (MOI), par du personnel d'agence, en heures effectuées par le personnel de l'organisation. L'impact de cette mesure, soit près de 50 000 heures, n'est pas reflété dans la cible établie par le MSSS.

Le solde de l'écart à la cible s'explique par les développements de services consentis en cours d'année, pour lesquels le Ministère n'a pas encore procédé au rehaussement de la cible accordée. C'est notamment le cas des développements 2018-2019 du soutien à domicile, du projet ratio et des rehaussements de services infirmiers et professionnels en GMF.

Faits saillants

Dans un souci d'amélioration et de modernisation de son efficacité organisationnelle, la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques s'est positionnée cette année en une fonction de soutien sous le mode de partenariat d'affaires.

Le capital humain étant une préoccupation constante au CIUSSS NIM et considérant les grands enjeux de main-d'œuvre, d'expertise et de mobilisation du personnel, plusieurs stratégies ont été mises sur pied sur les plans de l'attraction, de la disponibilité et de la rétention du personnel.

Une attention particulière a aussi été accordée cette année au développement des talents pour préparer la relève, et nous avons maintenu nos efforts en matière de santé et bien-être au travail. Nos accomplissements ont d'ailleurs été soulignés lors de la visite d'Agrément Canada en décembre.

Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics

La procédure visant à faciliter la divulgation d'actes répréhensibles par les personnes œuvrant au sein de l'établissement est entrée en vigueur le 24 mai 2018. Aucune divulgation n'a été recensée depuis son entrée en vigueur.

États financiers et analyse des résultats des opérations

Commentaires de la Direction des ressources financières

L'exercice financier 2018-2019 a été marqué par la poursuite des développements dans les secteurs de la première ligne, du soutien à domicile et de l'hébergement. L'établissement a particulièrement augmenté les heures de prestation de services à domicile afin de répondre aux besoins des usagers de son territoire. L'établissement a aussi dû composer avec une hausse importante du temps supplémentaire. Cette augmentation s'explique en partie par l'application de règles de gestion réduisant le recours à la main-d'œuvre indépendante et par la hausse des absences de longue durée en assurance salaire et accident du travail, limitant le nombre d'employés disponibles. L'intégration de nouvelles molécules aux traitements de certains cancers a également fait augmenter le coût des médicaments de façon significative. L'ensemble de ces éléments a ajouté une pression sur la situation financière de l'organisation.

Équilibre budgétaire

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

Le résultat des opérations du fonds d'exploitation indiqué à la page 200 du rapport financier présente un déficit de 4 409 397 \$, principalement attribuable à l'augmentation du temps supplémentaire, la consommation des services par les usagers lavallois, l'écart de financement des coûts liés à l'intégration des nouvelles molécules entérinées par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux et l'augmentation des dépenses d'assurance salaire et d'accident du travail.

Le résultat du fonds d'immobilisation se solde quant à lui par un déficit de 1 013 261 \$. Ce dernier est lié au problème de synchronisation lors de l'utilisation des sommes transférées de l'exploitation au fonds d'immobilisation des années antérieures et à la dépense d'amortissement de ces mêmes sommes.

L'établissement présente donc, au 31 mars 2019, un résultat déficitaire global (exploitation et immobilisation) de 5 422 658 \$. Conséquemment, le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal ne respecte pas la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux. L'organisation poursuit ses démarches de gestion visant l'amélioration de la qualité et de la pertinence des services offerts, en mettant à contribution l'ensemble des secteurs de l'établissement.

Contrats de service comportant une dépense de 25 000\$ et plus

Types de contrats de service	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique	3	238 970 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	223	49 295 798 \$
Total des contrats de service	226	49 534 768 \$

États financiers et analyse des résultats des opérations

Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	9 707 494 \$	1,09 %	10 623 861 \$	1,14 %	916 367 \$	0,05 %
Services généraux ± activités cliniques et d'aide	28 339 237 \$	3,18 %	31 836 000 \$	3,42 %	3 496 771 \$	0,24 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	201 681 069 \$	22,63 %	215 121 779 \$	23,14 %	13 440 710 \$	0,51 %
Déficiences physiques	10 937 366 \$	1,23 %	11 524 770 \$	1,24 %	587 404 \$	0,01 %
Déficiences intellectuelle et TSA	10 006 916 \$	1,12 %	9 286 514 \$	1,00 %	(720 402) \$	-0,12 %
Jeunes en difficulté	6 774 723 \$	0,76 %	7 187 373 \$	0,77 %	412 650 \$	0,01 %
Dépendances	203 149 \$	0,02 %	262 150 \$	0,03 %	59 001 \$	0,01 %
Santé mentale	70 793 972 \$	7,94 %	74 529 070 \$	8,02 %	3 735 098 \$	0,07 %
Santé physique	332 660 966 \$	37,33 %	346 944 118 \$	37,32 %	14 283 152 \$	-0,02 %
Programmes soutien						
Administration	65 837 417 \$	7,39 %	68 482 685 \$	7,37 %	2 645 268 \$	-0,02 %
Soutien aux services	81 301 710 \$	9,12 %	80 874 518 \$	8,70 %	(427 192) \$	-0,43 %
Gestion des bâtiments et des équipements	72 806 643 \$	8,17 %	73 015 132 \$	7,85 %	208 489 \$	-0,32 %
Total	891 050 662 \$	100 %	929 687 978 \$	100 %	38 637 316 \$	

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet du CIUSSS, pour plus d'information sur les ressources financières.

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			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	Aucune, car selon les directives du MSSS.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Certains établissements du CIUSSS doivent compiler l'unité de mesure « usagers distincts ». Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2015-2016	R	Sera possible lors de l'intégration dans un système informatique unique des index patients.			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Le résultat des opérations de l'établissement va à l'encontre de la loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement ne doit encourir de déficit à la fin de l'année financière.	2016-2017	C	L'établissement termine avec un déficit en dessous de 1%. Un suivi budgétaire rigoureux est réalisé à chaque période financière.			X
Rapport à la gouvernance						
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles.	2011-2012	C	La gestion des accès est partagé avec le service informatique.	X		
Les pilotes (employés des services des finances et des ressources humaines) ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux applications de GRF et Virtuo respectivement alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles	2015-2016	C	Les tâches incompatibles pour l'applicatif Paie-RH de Virtuo, sont vérifiées par une journalisation des transactions effectuées par les pilotes. De cette façon le risque est contrôlé. La gestion des accès de l'application financière Espresso (GRF) est partagée avec le service informatique. Le processus de gestion des profils d'utilisateurs sera mis en place au cours de l'exercice 2019-2020.			X

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Adopté par le conseil d'administration
Le 23 mars 2016

Préambule

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	
Section 4 — APPLICATION	

Annexes

Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflit d'intérêts.....	
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Renseignements confidentiels: Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute infor-

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans

l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel à l'exception de leur participation aux comités de sélection des cadres supérieurs.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts:

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

Section 4 – APPLICATION

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

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'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 trente (30) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) proposer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;

- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au moins aux trois (3) ans, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

18. Comité d'examen ad hoc

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme, au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité est composé des membres du conseil d'administration, à l'exclusion des membres du comité de gouvernance et d'éthique. Le comité ad hoc peut s'adjoindre, s'il le juge nécessaire et après autorisation du conseil d'administration, de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

ANNEXE I - Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné (e), _____, membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le 23 mars 2016, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

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

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

En foi de quoi, je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	Montréal
Signature du membre	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu
_____	_____	
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

ANNEXE III - Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés] :

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants:

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

4. Autre[s] situation[s]

J'indique ci-dessous une (des) situation(s) non mentionné(e)(s) ci-dessus qui devrai(en)t être déclarée(s) :

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal et à m'y conformer.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

ANNEXE IV - Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

4. Autre[s] situation[s]

J'indique ci-dessous une (des) situation(s) non mentionné(e)(s) ci-dessus qui devrai(en)t être déclarée(s) :

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal et m'engage à m'y conformer.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

Je, soussigné (e), _____ affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur, membre du comité d'examen ad hoc.

Signature du membre

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal

Lieu

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

Québec 