

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

**12 septembre 2019**

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'île-de-Montréal*

Québec 



Le rapport annuel de gestion 2018-2019 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) a été réalisé par la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

Il est disponible à la section Publications du site <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca>

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec : 978-2-550-84193-7 (imprimé)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec : 978-2-550-84194-4 (PDF)

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2019

## TABLE DES MATIÈRES

<b>MESSAGE DES AUTORITÉS</b> .....	<b>1</b>
<b>DÉCLARATION DE FIABILITÉ</b> .....	<b>6</b>
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> .....	<b>7</b>
Mission et services offerts.....	7
Mission .....	7
Vision .....	7
Valeurs .....	8
Soins et services .....	8
Désignation CAU ou institut .....	9
Désignation Institut universitaire en santé mentale .....	9
Désignation Centre affilié universitaire .....	9
Structure de l'organisation .....	10
<b>LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES</b> .....	<b>11</b>
<b>Le conseil d'administration</b> .....	<b>11</b>
Principales activités.....	11
<b>Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration</b> .....	<b>12</b>
<b>Liste des conseils, comités et instances</b> .....	<b>12</b>
Comité de gouvernance et d'éthique .....	12
Comité de vérification.....	14
Comité des ressources humaines et des communications.....	19
Comité des affaires universitaires.....	22
Comité de révision .....	24
Comité d'éthique en recherche .....	24
Conseil multidisciplinaire.....	26
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	30
Conseil des infirmières et infirmiers.....	33
Comité des usagers du centre intégré.....	35
<b>ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT</b> .....	<b>37</b>
<b>Les directions cliniques</b> .....	<b>37</b>
Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées .....	37
Direction des programmes de déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique .....	39
Direction des programmes en santé mentale, dépendance et itinérance .....	41
Direction du programme jeunesse et activités de santé publique .....	47
Direction des services multidisciplinaires.....	52
Direction des services professionnels.....	56
Direction des soins infirmiers .....	64

<b>Les directions administratives .....</b>	<b>70</b>
Direction de la logistique .....	70
Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique.....	71
Direction des projets immobiliers majeurs .....	73
Direction des ressources financières .....	74
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques .....	75
Direction des ressources technologiques .....	79
Direction des services techniques .....	81
Direction de l'enseignement universitaire .....	83
Direction de la recherche .....	86
<b>Résultats : entente de gestion et d'imputabilité .....</b>	<b>92</b>
Résultats au regard des engagements du chapitre III de l'EGI 2018-2019.....	92
Résultats au regard des engagements du chapitre IV de l'EGI 2018-2019 .....	98
<b>Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....</b>	<b>110</b>
L'agrément .....	110
La sécurité des soins et services .....	110
Comité de vigilance et de la qualité .....	115
Comité de gestion des risques.....	123
Personnes mises sous garde.....	125
L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	127
<b>Application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....</b>	<b>129</b>
<b>LES RESSOURCES HUMAINES.....</b>	<b>132</b>
<b>LES RESSOURCES FINANCIÈRES .....</b>	<b>133</b>
Équilibre budgétaire .....	133
Contrats de service.....	133
Répartition des dépenses des activités principales par programmes-services .....	134
<b>ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT .....</b>	<b>135</b>
<b>DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES .....</b>	<b>139</b>
<b>ANNEXE 1 – CODE DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....</b>	<b>140</b>

## MESSAGE DES AUTORITÉS

C'est avec plaisir que nous vous présentons sommairement les réalisations du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL). Ces réalisations, qui portent sur l'un ou l'autre des volets de notre mission de soins et services, d'enseignement et de recherche, résultent de l'engagement remarquable de nos équipes et de la collaboration de nos nombreux partenaires.

Cette année a été marquée par des changements à la haute direction de notre établissement. En effet, en novembre 2018, Monsieur Sylvain Lemieux, qui occupait jusqu'alors le poste de président-directeur général adjoint, a été nommé président-directeur général. M. Jean-François Fortin Verreault s'est ensuite joint à notre établissement afin de pourvoir le poste de président-directeur général adjoint.

Cette année encore, nous avons été mobilisés par l'amélioration de l'accès, de la continuité et de la qualité des soins et services. Ainsi, alors que le quartier Hochelaga-Maisonneuve est actuellement confronté à une difficulté d'accès à des services médicaux de proximité, nous avons obtenu l'autorisation de recruter cinq médecins nouvellement gradués, en plus des trois médecins déjà présents au CLSC et d'un médecin provenant d'un recrutement à l'international. Aussi, du 15 janvier au 7 avril dernier, la population de l'Est de Montréal a pu bénéficier de la mise sur pied de cliniques d'hiver. Grâce à la collaboration exceptionnelle des groupes de médecins de famille, jusqu'à 1 350 plages de rendez-vous ont été rendues disponibles chaque semaine.

Plus de 34 000 interventions chirurgicales ont été réalisées en cours d'année. Grâce à cette performance, presque toutes les interventions (99,5 %) sont maintenant réalisées à l'intérieur d'un délai d'un an. Les interventions de chirurgies oncologiques se réalisent aussi dans les délais cliniquement requis, dans la très grande majorité des cas.

D'importants efforts ont aussi été déployés afin d'améliorer l'accès aux examens endoscopiques et, depuis septembre 2018, l'accès à l'examen se fait également à l'intérieur des délais prescrits. Ce résultat nous permet donc d'aborder avec confiance le déploiement, dans les prochaines années, du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pourra dorénavant offrir la thérapie CART (*Chimeric Antigen Receptor T-Cell*). Il s'agit du seul centre hospitalier au Québec qui pourra offrir cette thérapie basée sur la modification génétique des cellules immunitaires du patient afin de détruire les cellules cancéreuses. On estime qu'au Québec, environ 60 adultes par année pourraient bénéficier de ce traitement qui présente un grand potentiel de guérison.

Grâce à la collaboration du Centre universitaire de santé McGill, du CHU de Québec – Université Laval et de notre établissement, nous avons procédé à la mise sur pied d'un Réseau de cancérologie des sarcomes musculosquelettiques du Québec. Ce dernier permettra d'optimiser la prise en charge des patients atteints de sarcomes. En plus d'améliorer les soins prodigués aux patients et d'élargir l'accessibilité à des protocoles de recherche, la création de ce réseau contribuera à offrir un meilleur soutien aux patients.

Enfin, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a été le théâtre d'un exploit médical sans précédent au Canada : une greffe de visage. Cette opération, dirigée par Dr Daniel Borsuk, a nécessité la mobilisation de neuf chirurgiens, des anesthésistes et de nombreuses infirmières et infirmiers. Le patient, jusqu'alors lourdement défiguré à la suite d'un accident, a pu retourner à la maison afin de poursuivre ses traitements de réadaptation.

L'Hôpital Santa Cabrini Ospedale offre maintenant des traitements de dialyse à son unité des soins intensifs. Il s'agit d'un développement important qui nous permet d'élargir son offre de services aux patients.

Les étapes visant la construction d'une maison de naissance à proximité du CLSC de Mercier-Est se sont poursuivies au cours de la dernière année. Cette ressource contribuera à améliorer l'accessibilité au suivi de grossesse de première ligne sur notre territoire en offrant aux jeunes familles un environnement accueillant, chaleureux et sûr, bien implanté dans son milieu de vie. Nous avons d'ailleurs accueilli pour la première fois à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont des étudiantes sages-femmes inscrites au programme de baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Notons d'ailleurs que nous avons connu une hausse de 400 accouchements cette année, atteignant ainsi 3 200 accouchements.

La Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance a amorcé, cette année, un important plan de transformation de son offre de service. Fondé sur les enjeux populationnels et les besoins des personnes utilisatrices de services du territoire, ce plan vise à équilibrer l'offre de service. Cet équilibre s'établit entre une offre de service davantage déployée dans la communauté à proximité des citoyens et une offre de service d'hospitalisation et de services spécialisés utilisés davantage comme parcours d'exception, lorsque toute autre mesure de rechange a été envisagée.

À la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique, les délais d'accès pour l'obtention d'un premier service après l'évaluation initiale des besoins se sont nettement améliorés. En effet, en déficience physique, 83,4 % des demandes ont été répondues dans le respect de la cible ministérielle, alors que cette proportion atteignait les trois quarts en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.

En fin d'année, nous avons procédé à l'ouverture d'une unité de psychiatrie légale. Cette dernière, située à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, offrira des soins et services pour des usagers sous mandat de détention de la Commission d'examen des troubles mentaux nécessitant un environnement et des services cliniques surspécialisés.

Notre CIUSSS s'est doté d'un centre multiservices gériatrique. Ce dernier unit les expertises des gériatres, gérontopsychiatres et des neurologues de la clinique de la mémoire. Ainsi, il y a désormais une seule porte d'entrée pour tous ces besoins et une réponse adaptée en temps utile par la bonne spécialité médicale et l'équipe professionnelle.

La Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées s'est mérité le prix Plein feu sur les initiatives en santé et sécurité au travail de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail secteur affaires sociales (ASSTSAS) pour le déploiement de l'approche relationnelle de soins dans chacune des unités de soins. Ce projet, déployé dans nos 15 CHSLD, a pour objectif d'améliorer les soins et services destinés aux personnes atteintes de démence et qui présentent des problèmes de comportement (65 % de notre clientèle). Il vise notamment la diminution du recours à la médication.

L'embauche d'employés additionnels aux équipes de soutien à domicile a permis d'intensifier notre offre de service dans toutes les sphères d'activités et d'éliminer les listes d'attente en soins infirmiers et en aide à domicile. D'ailleurs, nous assurons près de 1,5 million d'heures de service de soutien à domicile de longue durée.

Lorsqu'une maladie évolue jusqu'au point où aucun autre traitement n'est disponible, nos cliniciens offrent un soulagement des douleurs de même qu'un soutien psychologique, social et spirituel. Cette année, 39 % des usagers suivis en soins palliatifs ont pu, tel qu'ils le souhaitaient, décéder à domicile.

Les personnes qui le souhaitent et qui répondent aux critères peuvent également avoir accès à l'aide médicale à mourir. Plus de trois ans après l'entrée en vigueur de la loi sur « l'aide à mourir », la Commission sur les soins de fin de vie a récemment présenté un rapport portant sur la mise en œuvre de la loi. Ce rapport révèle notamment qu'à Montréal, 104 des 277 personnes qui ont reçu l'aide médicale à mourir étaient soignées dans notre CIUSSS (période du 10 décembre 2015 au 31 mars 2018).

En ce qui a trait aux comités d'usagers et de résidents, de même que nos deux comités consultatifs (celui de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale et celui du CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska), ils jouent un rôle important visant l'amélioration de la qualité des soins et services et le respect du caractère culturel et linguistique de certains de nos milieux de soins. C'est dans cette perspective que nous avons poursuivi notre collaboration avec ces comités.

### **L'enseignement et la recherche**

Afin d'améliorer l'enseignement des soins aux personnes âgées pour les futurs médecins de famille, le Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal a créé des unités de formation clinique interprofessionnelles universitaires en soins à domicile et en CHSLD. Certaines installations de notre CIUSSS sont associées à ce projet. Ces milieux de formation permettent des apprentissages interdisciplinaires entre les étudiants en médecine, en pharmacie, en soins infirmiers, en service social et dans les disciplines de la réadaptation. Ils améliorent l'exposition directe des étudiants à l'intervention auprès des personnes âgées vulnérables.

Témoignage éloquent de l'importance de notre mission universitaire, nous avons dénombré, l'année dernière, près de 33 000 visites à nos bibliothèques et centres de documentation. La veille documentaire, à l'intention des équipes cliniques et de recherche, est également en constante progression. Aussi, plus de 8 500 stages, dans une grande diversité de disciplines, ont été réalisés dans nos diverses installations.

Notre établissement est doté de deux centres de recherche d'envergure : celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal qui regroupent à eux deux 221 chercheurs.

Au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, le Centre AXEL poursuit sa mission visant à accélérer l'intégration de nouvelles technologies dans la prévention, le dépistage et le traitement des problèmes de santé mentale. Parmi les nouveaux outils technologiques actuellement en développement, notons les travaux du chercheur Stéphane Guay visant à créer une application mobile portant sur le stress post-traumatique des pompiers, grâce à un financement des Instituts de recherche en santé du Canada. Aussi, trois projets de recherche majeurs, dont deux étant menés par nos chercheurs, bénéficieront des données recueillies par la Banque Signature, qui recueille et rassemble des données médicales, psychosociales ainsi que du matériel biologique humain. Notons enfin que le Fonds de recherche du Québec – Santé a renouvelé le financement du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal pour quatre ans.

Le Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont s'est doté en 2018-2019 d'un tout nouveau pavillon. Ces nouvelles installations, entièrement dédiées à la recherche, ont été aménagées dans les locaux rénovés de l'ancien couvent situé à proximité de l'établissement. Ce nouveau pavillon permettra de combler un manque criant d'espace de recherche fondamentale dû à l'expansion rapide de ce secteur et favorisera un rehaussement technologique de nos infrastructures.

D'importantes bourses et subventions sont venues témoigner de la qualité des travaux des chercheurs de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. À ce titre, notons l'octroi d'une subvention de près de 5 M\$ au Dr Christopher Rudd de la part du programme des Instituts de recherche en santé du Canada pour ses recherches sur les mécanismes de signalisation des lymphocytes T

et l'immunothérapie du cancer. Une autre subvention majeure de 3.5 M\$ sur quatre ans permettra d'accroître nos activités de recherche clinique en oncologie issues d'une collaboration entre l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre universitaire de santé McGill et de l'Hôpital général Juif de Montréal.

### **Les ressources humaines**

Le recrutement de main-d'œuvre au sein du réseau de la santé et des services sociaux pose des défis importants, notamment dans notre établissement. La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques en collaboration avec toutes les directions du CIUSSS déploient de grands efforts pour recruter le personnel requis afin d'être en mesure de répondre aux besoins de la population. Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, l'atteinte des cibles de recrutement demeure toutefois ardue. Voilà pourquoi une vaste campagne de publicité a été lancée sur le thème « *Passez à l'Est!* ». Plusieurs stratégies sont mises à contribution : affichage, site Web, capsules vidéos, présence sur les réseaux sociaux, participation à plus de 35 salons d'emploi, etc. Nos employés ont d'ailleurs été conviés, à titre d'ambassadeurs, à relayer l'information sur cette campagne de recrutement. L'année dernière, nous avons procédé à 2 129 nouvelles embauches.

D'autre part, notre établissement est confronté à une hausse importante de l'intensité des soins que requiert notre clientèle et cela entraîne des répercussions, notamment à l'urgence et sur les unités de soins. Afin de stabiliser davantage nos équipes cliniques et assurer la présence des ressources suffisantes pour offrir les soins de façon sécuritaire, nous avons initié diverses mesures, de concert avec les instances syndicales, pour identifier des solutions durables aux problématiques engendrées. Parmi ces mesures, nous avons offert aux infirmières un rehaussement de leur poste à temps partiel vers un poste à temps plein. Cette offre de rehaussement a été acceptée par 410 personnes. Cette mesure, qui permettra ainsi une majoration du nombre d'heures travaillées, aura des effets structurants et stabilisants pour les équipes cliniques.

### **Des développements importants au plan immobilier**

En juin 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux autorisait le démarrage du projet d'agrandissement et de réaménagement du bloc opératoire et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale. Ce projet, visant la construction de huit salles de chirurgie et d'une nouvelle unité de retraitement des dispositifs médicaux à l'Hôpital Santa Cabrini, suit son cours. Durant l'année, le plan clinique et le programme fonctionnel ont été transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux et l'analyse immobilière est en cours de réalisation par la Société québécoise d'infrastructures. Grâce aux locaux plus vastes et répondant aux plus hautes normes en vigueur, les services de chirurgie seront plus accessibles et seront offerts dans un environnement convivial et fonctionnel, à la fois pour les patients et le personnel.

L'année dernière, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait le projet de modernisation des installations de soins de santé, d'enseignement et de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont; un projet évalué à 1,8 milliard de dollars. Afin de mener à terme ce projet, nous nous sommes assurés que notre Direction des projets immobiliers majeurs puisse recruter les ressources requises afin de conseiller, soutenir et orienter notre établissement.

D'ailleurs, le 26 mars dernier, une centaine de personnes participaient à un atelier visant à définir la vision et les principes directeurs de ce projet de modernisation. Cette journée, qui marquait en quelque sorte le coup d'envoi des travaux de planification du projet, a donné la parole aux experts cliniques (de tous les secteurs), techniques, logistiques, aux patients et à des membres du conseil d'administration.

## **Nos finances**

Nous avons terminé l'année financière avec un léger déficit qui représente environ 2 % de notre budget. L'analyse de notre situation financière nous a toutefois permis d'identifier certaines particularités propres à notre offre de soins et services qui ont une influence notable à l'égard de ces résultats. En effet, l'offre de services à une clientèle provenant des territoires d'autres CIUSSS et CISSS, et les soins de niveau tertiaire et quaternaire pour lesquels les dépenses sont en croissance importante (orthopédie, ophtalmologie, etc.) ont un impact sur cette situation. Un plan, prévoyant le retour à l'équilibre budgétaire à la fin de l'exercice 2020-2021, a toutefois été proposé et accepté par le ministère de la Santé et des Services sociaux au cours de l'exercice financier.

## **Des remerciements**

Devant un bilan aussi favorable, il convient d'adresser des remerciements aux personnes et aux nombreux partenaires qui se démarquent par leurs pratiques innovantes et leur recherche constante de l'excellence, au bénéfice des citoyens qui font appel à nos services.

Le travail des bénévoles au sein de notre organisation est complémentaire aux soins et aux services donnés par nos médecins et professionnels et n'en est pas moins essentiel. Qu'il s'agisse d'accueillir des patients ou des visiteurs, de rendre visite à des malades ou d'accompagner notre personnel dans la réalisation de certaines activités, nos bénévoles offrent généreusement de leur temps. Nous les en remercions chaleureusement!

Cette année, nous avons tenu six rencontres du conseil d'administration, en plus de la séance publique d'information. Nous remercions les membres du conseil d'administration pour leur disponibilité et leur engagement. Non seulement leur contribution est essentielle à notre gouvernance stratégique, mais leur participation aux nombreux comités permet d'approfondir la réflexion sur les divers aspects de la gestion de notre établissement.

Merci également aux fondations qui soutiennent les divers volets de notre mission. Grâce à leur appui et à la générosité de leurs donateurs, notre établissement peut déployer son plein potentiel au bénéfice des citoyens de l'Est de l'Île de Montréal.

Nos employés, gestionnaires, médecins, dentistes et chercheurs méritent également notre admiration pour leur contribution à ces excellents résultats. Nous disons un grand MERCI à toutes ces personnes pour leur engagement, leur générosité et leur professionnalisme!



Sylvain Lemieux  
Président-directeur général



Pierre Shedleur  
Président du conseil d'administration

## DÉCLARATION DE FIABILITÉ

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 annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal :

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

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

A handwritten signature in blue ink that reads "Sylvain Lemieux".

Sylvain Lemieux  
Président-directeur général

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) compte 42 points de services.

Il exploite les missions suivantes :

- CLSC;
- centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;
- centre hospitalier de soins psychiatriques (mission régionale);
- centre d'hébergement de soins de longue durée.

Sur son territoire, le CIUSSS exploite 1 241 lits de courte durée en santé physique et santé mentale, 2 428 lits d'hébergement de longue durée, 462 places en ressources institutionnelles (RI) pour les personnes âgées.

Le CIUSSS exploite également 2 073 places d'hébergement en santé mentale sur le territoire de l'île de Montréal.

En première ligne, on trouve sur le territoire du CIUSSS 65 cliniques médicales, dont plusieurs GMF et super-cliniques.

### Mission et services offerts

#### Mission

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CIUSSS :

- 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, incluant le volet santé publique;
- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire socio-sanitaire;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions, 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.).

#### Vision

« Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des québécois ».

#### COMITÉ DE DIRECTION EN DATE DU 31 MARS 2019

- M. Pierre Beaudet, directeur de la Logistique
- M. Marc Bélisle, directeur des Ressources technologiques
- M. Alain Bonnardeaux, directeur de l'Enseignement universitaire
- Mme Danièle Bernard, directrice des Soins infirmiers
- M. Jonathan Brière, directeur des Programmes de santé mentale, dépendance et itinérance
- M. Éric Champagne, directeur des Ressources financières
- M. Ghislain Chassé, directeur des Services techniques
- M. Jean-François Fortin Verreault, président-directeur général adjoint
- Mme Marlène Galdin, directrice de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique
- Mme Marie-Claude Grondin, directrice des Projets immobiliers majeurs
- M. Sylvain Lemieux, président-directeur général
- Dre Martine Leblanc, directrice des Services professionnels
- Mme Isabelle Portelance, directrice des Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
- Mme Julie Provencher, directrice du Programme jeunesse et des Activités de santé publique
- Mme Sylvia Provost, directrice des Ressources humaines, des Communications et des Affaires juridiques
- M. Claude Riendeau, directeur du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
- Dr Denis-Claude Roy, directeur de la Recherche
- Mme Caroline St-Denis, directrice des Services multidisciplinaires

## Valeurs

Les valeurs organisationnelles sont les convictions qui orientent l'action d'une organisation, les principes qui constituent la culture et qui modèlent les attitudes et les comportements. Voici les cinq valeurs qui représentent le CIUSSS :

- Collaboration
- Communication
- Qualité des soins et services
- Professionnalisme
- Respect

## Soins et services

### ***Soins et services de première ligne***

En première ligne, on offre à la population du territoire des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, soit :

- **Dans les installations des territoires de Lucille-Teasdale, de la Pointe-de-l'Île et de Saint-Léonard-Saint-Michel :**
  - services aux adultes;
  - services aux enfants, aux jeunes, aux parents et aux familles;
  - services aux aînés, aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes avec des maladies chroniques.
- **Dans les centres d'hébergement :**
  - services médicaux et pharmaceutiques personnalisés;
  - soins infirmiers et d'assistance en permanence;
  - services d'alimentation;
  - services de loisirs;
  - services de soins spirituels;
  - services de bénévoles;
  - services de caisse des résidents;
  - service d'entretien des vêtements;
  - services d'entretien sanitaires;
  - services de sécurité;
  - autres services de professionnels de la santé.

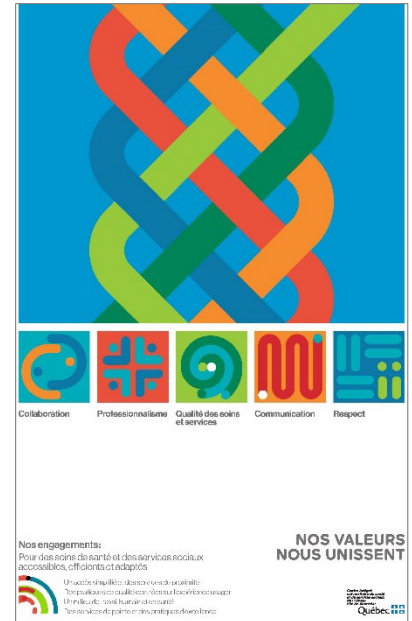
### ***Soins et services en milieu hospitalier***

Des soins et services qui répondent aux besoins de l'ensemble de la population de l'est de l'île de Montréal sont offerts en milieu hospitalier.

Des soins spécialisés et ultraspecialisés, particulièrement en hématologie, en oncologie médicale et chirurgicale, en néphrologie et greffe rénale, ainsi qu'en ophtalmologie, et ce, autant au plan régional que suprarégional y sont également offerts.

### ***Soins et services en milieu institutionnel***

Des services spécialisés et surspecialisés en psychiatrie, grâce à un dispositif varié et innovateur de services de traitement, de réadaptation et de réhabilitation qui répond aux besoins multiples de cette clientèle sont offerts en milieu institutionnel.



### **Volet universitaire**

Le CIUSSS participe à l'enseignement pré et postdoctoral des étudiants de la Faculté de médecine, principalement de l'Université de Montréal et d'autres facultés, programmes et écoles dont les suivants : audiologie, communication, ergothérapie, génie biomédical, kinésiologie, médecine dentaire, nutrition, optométrie, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychoéducation, psychologie, sage-femme, sciences infirmières, travail social.

### **Volet recherche**

Le CIUSSS regroupe deux centres de recherche, celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Ils s'investissent dans des activités de recherche fondamentale, translationnelle et clinique.

## **Désignation CAU ou institut**

Les articles 88 à 91 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) prévoient que des établissements du réseau peuvent être désignés «institut universitaire» ou «centre affilié universitaire» s'ils satisfont aux critères établis à cette fin.

En ce sens, deux établissements du CIUSSS ont été désignés, soit l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), centre affilié universitaire.

### **Désignation Institut universitaire de santé mentale**

Dans le CIUSSS, la Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance assure le leadership inhérent au maintien de la mission Institut universitaire de santé mentale et de réadaptation.

Concrètement, cela se traduit par un travail de partenariat avec l'ensemble des directions concernées pour l'intégration des cinq axes de cette mission :

- services cliniques;
- enseignement;
- recherche;
- évaluation des modes d'intervention;
- transfert et application des connaissances.

Cette mission s'accompagne d'obligations de **qualité de services** et d'**innovation**.

Dans les cinq premières années de sa désignation, le développement et la concrétisation de cette mission Institut universitaire ont été rendus possibles, entre autres, grâce au partenariat avec d'autres établissements, dont le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, l'Institut de cardiologie de Montréal, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal et l'Université de Montréal.

### **Désignation Centre affilié universitaire (CAU)**

Affilié à l'Université de Montréal depuis 1997, l'HMR est un lieu de savoir et d'innovation en matière d'enseignement. En effet, l'HMR participe à l'enseignement pré et postdoctoral des étudiants de la faculté de médecine, principalement de l'Université de Montréal, et d'autres facultés de sciences. Il forme chaque année les médecins, infirmières et professionnels de la santé qui assureront la relève de demain.

L'HMR est également un haut lieu d'innovation en recherche. En effet, les équipes mènent de nombreuses recherches scientifiques et médicales pour développer de nouveaux traitements et remèdes, donnant ainsi espoir aux personnes atteintes de maladies aujourd'hui incurables.

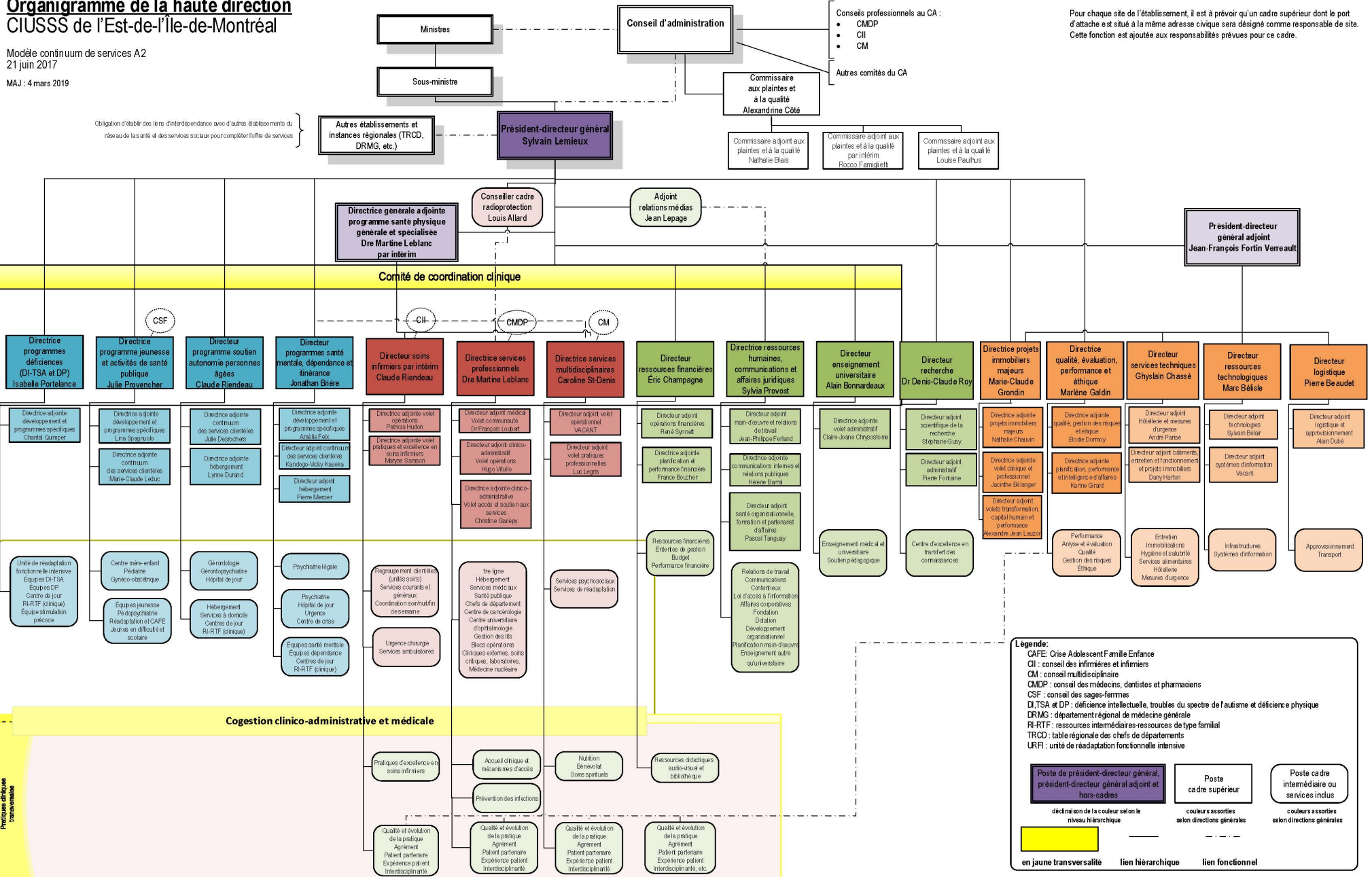
# Structure de l'organisation au 31 mars 2019

## Organigramme de la haute direction CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Modèle continuum de services A2  
21 juin 2017

MAJ : 4 mars 2019

Obligation d'établir des liens d'interdépendance avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, pour compléter l'offre de services



## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES AU 31 MARS 2019

### Conseil d'administration (C.A.)

- M. Pierre Shedleur, membre indépendant, président du C.A.
- M<sup>e</sup> Antonino Sciascia, membre indépendant, vice-président du C.A.
- M. Sylvain Lemieux, président-directeur général, secrétaire du C.A.

#### Membres indépendants

- M<sup>e</sup> Anne Côté, présidente du comité de gouvernance et d'éthique
- M<sup>e</sup> Consolato Gattuso, président du comité de vérification
- Mme Mariette Lemieux-Lanthier, présidente du comité des ressources humaines et des communications
- Mme Hélène Manseau, présidente du comité de révision
- Mme Djamila Benabdelkader
- M. Pierre Poulin
- Mme Camille Thibodeau
- Poste vacant (1)

#### Membres désignés par l'Université

- Mme Francine Ducharme, représentante de l'Université, coprésidente du comité des affaires universitaires
- Mme Lyne Lalonde, représentante de l'Université, coprésidente du comité des affaires universitaires

#### Membres élus

- M. Daniel Beauregard, membre désigné, conseil des infirmières et infirmiers
- M. Jude Goulet, membre désigné, Comité régional sur les services pharmaceutiques
- D<sup>r</sup> J. André Luyet, membre désigné, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Mme Émilie Mercier, membre désigné, conseil multidisciplinaire
- M. Ewa Michalkiewicz, membre désignée, comité des usagers
- D<sup>r</sup> François-Yves Prévost, membre désigné, Département régional de médecine régionale
- M. Pierre Nelis, membre observateur désigné par les présidents des fondations

### Principales activités

En 2018-2019, le conseil d'administration (C.A.) a tenu six assemblées publiques.

Outre le suivi des dossiers et les recommandations des différents comités du C.A., divers sujets ont été traités dont les suivants :

- l'accueil des nouveaux membres et la formation des administrateurs;
- les projets immobiliers majeurs – enjeux et opportunités;
- la campagne de visibilité sur la *Gestion intégrée de la présence au travail*;
- le rôle et les responsabilités du *comité de révision*;
- le développement clinique – Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- les services de première ligne;
- le rôle du CIUSSS dans la relance de l'Est de Montréal;
- le Programme de santé mentale, dépendance et itinérance / Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal;
- la nomination du président-directeur général;
- la nomination du président-directeur général adjoint;

- la nomination du directeur des Programmes de santé mentale, dépendance et itinérance;
- la nomination d'une directrice adjointe – Volet opérations à la Direction des soins infirmiers;
- la nomination d'une directrice adjointe - Qualité, gestion des risques et éthique;
- la nomination d'une directrice adjointe des projets immobiliers majeurs;
- la nomination du directeur adjoint – Bâtiments, entretien et fonctionnement et projets immobiliers à la Direction des services techniques;
- la nomination d'une directrice des Services multidisciplinaires;
- la nomination du commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services;
- la nomination d'une directrice adjointe continuum des services clientèles aux Programmes santé mentale, dépendance et itinérance;
- la nomination d'une directrice adjointe – volets clinique et professionnel à la Direction des projets immobiliers majeurs;
- la nomination du directeur adjoint – Volets transformation, capital humain et performance à la Direction des projets immobiliers majeurs;
- la nomination du directeur adjoint des Opérations financières;
- la nomination d'une sage-femme.

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

Au cours de l'année 2018-2019, aucun manquement n'a été constaté au code d'éthique et de déontologie des membres du C.A.

Le code d'éthique et de déontologie, mis à jour en cours d'année, se trouve à l'annexe 1 de ce rapport annuel de gestion. Il est également accessible via notre site Web à <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/a-propos/comites-et-conseils/conseil-administration>.

Le CIUSSS est également doté d'un code d'éthique qui formalise l'engagement de toutes les personnes de l'organisation à partager des valeurs communes et à les concrétiser au quotidien. Il est disponible via notre site Web à <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/documentation/code-dethique>.

## **Liste des conseils, comités et instances**

### **Comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ)**

- M<sup>e</sup> Anne Côté, membre indépendante, présidente du comité
- M. Sylvain Lemieux, président-directeur général
- Mme Mariette L. Lanthier, membre indépendante
- Mme Hélène Manseau, membre indépendante
- M<sup>e</sup> Antonio Sciascia, membre indépendant

### **Invités permanents**

- Me Sarah-Anne Savoie, avocate, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
- M. Pierre Shedleur, président du C.A.

### **Mandat du comité de gouvernance et d'éthique**

Le comité a pour fonctions d'élaborer :

- des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration;

- des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du C.A., avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- des critères pour l'évaluation du fonctionnement du C.A.;
- un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du C.A.

Le comité procède à l'évaluation du fonctionnement du C.A. conformément aux critères approuvés par le conseil (art. 181.0.0.1 de la LSSSS).

***Mandat ou objectifs spécifiques au cours de l'année 2018-2019***

Pour l'année 2018-2019, les membres du comité de gouvernance et d'éthique ont porté une attention particulière aux dossiers suivants :

- suivi du plan d'amélioration continue de la qualité des normes de gouvernance d'Agrément Canada;
- révision du code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS;
- mise en place d'un tableau dynamique sur les rôles et responsabilités du C.A. et de ses comités;
- programme d'accueil des nouveaux administrateurs;
- travaux en cours pour l'identification d'indicateurs de gouvernance à insérer au tableau de bord du C.A.

***Bilan des activités***

Au cours de l'année 2018-2019, le comité de gouvernance et d'éthique a siégé à trois reprises avec un taux de participation de 98 %.

Voici les suivis réguliers du comité de gouvernance et d'éthique :

- nomination des membres du C.A. dont les postes sont vacants;
- nomination annuelle des membres des comités du C.A.;
- correspondances/autres documents d'information;
- évaluation annuelle du fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique;
- plan annuel de travail du comité.

Le suivi auprès du C.A. de ses propres recommandations : de manière statutaire, le suivi des recommandations du CGÉ se trouve à l'ordre du jour des rencontres du C.A. La présidente dépose à chaque rencontre du C.A. un rapport des points saillants du comité.

***Recommandations émises au C.A. par le comité de gouvernance et d'éthique au cours de l'année 2018-2019***

Pour l'année 2018-2019, le comité de gouvernance et d'éthique a transmis au C.A. les recommandations suivantes qui les a adoptées :

- les mises à jour du *Plan d'amélioration continue de la qualité des normes de gouvernance*;
- le rapport annuel 2017-2018;
- la nomination du représentant des fondations au sein du C.A.;
- la révision du *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs*.

### **Comité de vérification**

- Me Consolato Gattuso, président du comité, membre du conseil d'administration
- Mariette L. Lanthier, membre indépendante
- Me Anne Côté, membre indépendante
- Me Antonio Sciascia, membre indépendant
- Pierre Poulin, membre indépendant

### **Invités permanents**

- Pierre Shedleur, président du conseil d'administration
- Sylvain Lemieux, président-directeur général
- Jean-François Fortin-Verreault, président-directeur général adjoint
- Éric Champagne, directeur des ressources financières
- Jean Lepage, adjoint au président-directeur général

### ***Mandat du comité de vérification***

Le comité de vérification doit notamment :

- s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
- s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le C.A.;
- recommander au C.A. l'approbation des états financiers;
- veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats;
- formuler des avis au C.A. sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
- réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le C.A. (art.181.0.0.3, LSSS).

### ***Bilan des activités***

Au cours de l'année 2018-2019, le comité de vérification a siégé à 13 reprises, soit :

- séance régulière : cinq rencontres avec un taux de participation de 84 %;
- séance spéciale – suivi budgétaire : huit rencontres avec un taux de participation de 88 %.

Il est à noter que les séances spéciales ont été ajoutées au calendrier régulier suite à la demande des membres du comité de vérification afin d'assurer une vigie des dossiers financiers.

Les membres ont également été sollicités à deux réunions virtuelles pour l'approbation de dossiers urgents.

Voici les suivis réguliers :

Sujet	5 avril 2018 Séance régulière	3 mai 2018 Spécial budget	31 mai 2018 Séance régulière	12 juin 2018 Résultats financiers	26 juillet 2018 Suivi budgétaire	16 août 2018 Suivi budgétaire	13 septembre 2018 Séance régulière	31 octobre 2018 Suivi budgétaire	29 novembre 2018 Séance régulière	22 janvier 2019 Séance régulière	4 février 2019 Suivi budgétaire	19 février 2019 Suivi budgétaire	18 mars 2019 Suivi budgétaire
Suivis, divers dossiers et recommandations	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Suivis des états financiers, du budget d'exploitation et du plan d'équilibre budgétaire (processus de suivi budgétaire approuvé le 31 mai 2018)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Adoption des emprunts à être contractés auprès du ministère des Finances				√			√						
Déclaration de conformité de la part des dirigeants	√						√		√				
Reddition de comptes des engagements de 100 000 \$ et de 4 000 000 \$ et plus	√		√				√	√	√	√			
Reddition de comptes, Loi sur la gestion des contrôles des effectifs (LGCE)	√		√				√	√	√	√			
Suivi des travaux du responsable de l'application des règles contractuelles (RARC)			√										
Suivi des projets et activités en ressources informationnelles			√										
Présentation du cadre de gestion budgétaire											√		
Analyse financière – MSSS	√												√
Plan d'action sur la cybersécurité								√					
Présentation du plan de vérification par les auditeurs externes										√			
Nomination des auditeurs externes							√						
Choix de limite de la CNESST									√				
Plan de conservation et fonctionnement immobilier (PCFI)											√		

Sujet	5 avril 2018 Séance régulière	3 mai 2018 Spécial budget	31 mai 2018 Séance régulière	12 juin 2018 Résultats financiers	26 juillet 2018 Suivi budgétaire	16 août 2018 Suivi budgétaire	13 septembre 2018 Séance régulière	31 octobre 2018 Suivi budgétaire	29 novembre 2018 Séance régulière	22 janvier 2019 Séance régulière	4 février 2019 Suivi budgétaire	19 février 2019 Suivi budgétaire	18 mars 2019 Suivi budgétaire
Planification triennale (Plan de conservation de l'équipement et du mobilier) (PCEM)											√		
Bilan annuel de la sécurité de l'information			√										
Planification triennale des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI) 2019-2022			√										
Programmation annuelle en ressources informationnelles (PARI)			√										
État de santé des projets en ressources informationnelles (ESP)			√										
Dépôt des états financiers au 31 mars 2018				√									
Présentation du rapport des auditeurs financiers externes				√									
Adoption du budget de fonctionnement		√											
Calendrier annuel des séances du comité de vérification				√			√						
Plan annuel de travail du comité de vérification							√						
Rapport annuel 2017-2018 du comité de vérification			√										

### **Dossiers complémentaires**

- Rapport d'évaluation détaillée de l'examen de surveillance financière – Institut de recherche en santé du Canada (IRSC).
- Désignation des signataires bancaires.
- Bail du Centre de recherche du 5690 boulevard Rosemont
- Vérificateur général du Québec (VGQ) :
  - ✓ audit des états financiers du CIUSSS;
  - ✓ application des recommandations du Vérificateur général du Québec (VGQ) – médicaments et services pharmaceutiques.
- Processus de suivi budgétaire.
- Demande de financement pour l'implantation des Systèmes d'information unifiés (SIU).
- Demande de rehaussement budgétaire récurrent déposée au MSSS pour le secteur « Mère-enfant ».
- Présentation de la stratégie d'amélioration de la situation financière.

- Présentation du rapport de Marie-Hélène Desrosiers portant sur l'argumentaire sur la situation financière du CIUSSS-EMTL.
- Présentation de l'analyse relative aux écarts pour l'achat des médicaments.
- Présentation de l'état de situation sur l'évolution des coûts au niveau des fournitures médicales.
- Vente de l'immeuble, 2700 rue Angus, Montréal.
- Nomination d'un directeur des Ressources financières.
- Déclaration actif excédentaire, 5320-22 rue Francheville, St-Léonard, Montréal.
- Autorisation d'un projet autofinancé avec emprunt – Plateforme de visualisation des processus (Direction ressources humaines, communications et affaires juridiques).
- Présentation du Rapport Deloitte.
- Implantation du dossier médical électronique (DMÉ) en CLSC.
- Désignation des signataires autorisés à effectuer des transactions bancaires électroniques.
- Évolution des dépenses au niveau des chirurgies orthopédiques.
- Présentation de la Politique d'approvisionnement en révision.
- Demande de financement au MSSS pour le Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO).
- Actualisation du plan d'équilibre budgétaire.
- Performance du CIUSSS-EMTL par centre d'activités.
- Rapport d'analyse financière en provenance du MSSS.
- Projet immobilier HMR – Adjudication d'un contrat de services professionnels.

**Nombre d'avis et de recommandations transmis au C.A. : 22**

Date	Nombre d'avis ou de recommandations transmis au conseil d'administration
5 avril 2018 - Séance régulière	0
3 mai 2018 – Spécial budget	2
31 mai 2018 – Séance régulière	3
12 juin 2018 – Résultats financiers	3
4 juillet 2018 – Par courriel	1
26 juillet 2018 – Suivi budgétaire	0
16 août 2018 – Suivi budgétaire	0
20 août 2018 – Par courriel	1
13 septembre 2018 – Séance régulière	5
31 octobre 2018 – Suivi budgétaire	3
29 novembre 2018 – Séance régulière	1
22 janvier 2019 – Séance régulière	0
4 février 2019 – Suivi financier	2
19 février 2019 – Suivi financier	0
18 mars 2019 – Suivi financier	1

De manière statutaire, le suivi des recommandations du comité de vérification se trouve à l'ordre du jour des rencontres du C.A. Le président dépose à chaque rencontre du C.A. un rapport des points saillants du comité de vérification.

***Avis ou recommandations émis au C.A. par le comité de vérification au cours de l'année 2018-2019***

Le comité de vérification a fait 21 recommandations au C.A. qui ont toutes été adoptées par ce dernier.

# de résolution	Résolution
CA2018-05-11_2.1.1	Budget de fonctionnement 2018-19
CA2018-05-11_2.1.2	Désignation des signataires bancaires
CA2018-06-14_4.2.1	Rapport annuel du comité de vérification 2017-2018
CA2018-06-14_4.2.2	Bilan annuel de sécurité de l'information
CA2018-06-14_4.2.3	Bail du Centre de recherche du 5690 boul. Rosemont
CA2018-06-14_4.2.4	Rapport financier annuel au 31 mars 2018 (AS-471)
CA2018-06-14_4.2.5	Autorisation d'emprunt relié au fonds d'exploitation du CIUSSS
CA2018-06-14_4.2.6	Demande de financement pour l'implantation des Systèmes d'information unifiés (SIU)
CA2018-07-04_1	Nomination du directeur des Ressources financières
CA2018-07-04_2	Vente de l'immeuble 2700 rue Angus à Montréal – Acte correctif
CA2018-09-27_4.1.1	Déclaration d'actif excédentaire, 5320-22 rue Francheville, St-Léonard, Montréal
CA2018-09-27_4.1.2	Autorisation d'un projet autofinancé avec emprunt – Plateforme de visualisation des processus
CA2018-09-27_4.1.3	Régime d'emprunt long terme
CA2018-09-27_4.1.4	Nomination des auditeurs externes
CA2018-09-27_4.1.6	Argumentaire pour une demande de financement récurrent
CA2018-11-08_6.2.1_1	Désignation des signataires bancaires autorisés
CA2018-11-08_6.2.1_2	Désignation de signataires autorisés à effectuer des transactions bancaires électroniques
CA2018-11-08_6.2.2	Modification à la résolution 2015-138 du 26 août 2015 permettant d'emprunter à court terme auprès du ministère des Finances à titre de responsable du fonds de financement
CA2018-12-13_6.1.1	CNESST – Régime rétrospectif 2019
CA2019-02-15_5.2.1	Planification triennale 2019-2022 du maintien des actifs – volet PCEM et PCFI
CA2019-02-15_5.2.2	Plan d'équilibre budgétaire

### **Résultats obtenus en fonction du mandat du comité**

Le comité analyse divers rapports relativement à la conformité des lois et règlements (les recommandations font l'objet d'un suivi au niveau du comité de vérification) :

- rapport des vérificateurs externes;
- rapport financier annuel au 31 mars 2018;
- audit des états financiers du CIUSSS par le Vérificateur général du Québec;
- application des recommandations du Vérificateur général du Québec (VGQ) - Médicaments et services pharmaceutiques;
- rapport d'évaluation détaillée de l'examen de surveillance financière – Institut de recherche en santé du Canada (IRSC);
- bilan de la gestion contractuelle du CIUSSS;
- bilan de la sécurité de l'information et suivi du plan d'action;
- plan d'action sur la cybersécurité.

Le comité fait le suivi des dossiers présentant des enjeux particuliers au financement :

- budget annuel 2018-2019;
- suivi périodique des résultats financiers;
- suivi des projets des ressources informationnelles;
- suivi des mesures d'optimisation et de performance;

- suivi des demandes adressées au MSSS quant à la croissance des coûts de fournitures médicales, médicaments, etc.;
- rapport d'analyse financière du MSSS relativement au rapport financier annuel de l'établissement pour l'année 2017-2018.

Le comité adopte les différentes planifications de l'organisation :

- plans triennaux 2019-2022 :
  - ✓ Plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM);
  - ✓ Plan de conservation et fonctionnement immobilier (PCFI);
- Suivi des projets en technologie de l'information :
  - ✓ planification triennale des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI) 2019-2022;
  - ✓ programmation annuelle en ressources informationnelles (PARI) 2018-2019;
  - ✓ état de santé des projets en ressources informationnelles (ESP) en date du 31 mars 2018.

### ***Perspectives pour la prochaine année***

Afin d'assurer une saine gestion intégrée des risques et de remplir ses obligations, le comité de vérification fera un suivi des risques d'affaires identifiés. Les membres sont bien conscients du manque de ressources financières qui freinent la résorption de ces risques. Ils demeurent préoccupés par la situation financière de l'établissement et reconnaissent que les défis au sein de l'organisation sont de taille.

Les membres entendent bien interpellier le ministère de la Santé et des Services sociaux à chaque occasion où un sous-financement est constaté ou qu'un ajout de services est requis sans financement correspondant. Une mise à jour de l'argumentaire sera transmise régulièrement aux instances gouvernementales afin de réactualiser les demandes de financement de l'établissement.

En plus du suivi des résultats financiers, le comité de vérification assurera une vigie des éléments suivants :

- vétusté du parc des ressources informationnelles;
- gestion intégrée de la présence au travail (GIPT);
- vétusté des installations.

### **Comité des ressources humaines et des communications (CRHC)**

- Mariette L. Lanthier, présidente du comité, membre du C.A., indépendante (présidente depuis le 26 janvier 2017)
- Camille Thibodeau, membre du C.A., indépendante
- Pierre Poulin, membre du C.A., indépendant

#### **Invités permanents**

- Pierre Shedleur, président du C.A.
- Sylvain Lemieux, président-directeur général
- Sylvia Provost, directrice des Ressources humaines, des Communications et des Affaires juridiques

### ***Mandat du comité des ressources humaines et des communications***

Le comité des ressources humaines et des communications (CRHC) a pour mandat :

- d'examiner les processus et les critères liés à l'octroi d'un statut, de privilèges et des obligations qui sont rattachées ainsi que d'acceptation de démissions et de congés de services des médecins, dentistes et pharmaciens;

- de formuler des recommandations au C.A. sur la nomination des hors-cadres ou des cadres supérieurs et, s'il y a lieu, sur des ententes de départ;
- de s'assurer de la mise en place des politiques des ressources humaines de l'établissement;
- de favoriser un programme de reconnaissance pour services rendus à l'établissement par des personnes qui œuvrent ou qui y ont œuvré;
- de recevoir tout rapport en lien avec les priorités ministérielles en matière de main-d'œuvre notamment sur la qualité de vie au travail (assurance-salaire, main-d'œuvre indépendante et temps supplémentaire), le contrôle des effectifs et les mesures pour le personnel d'encadrement;
- de s'assurer de la mise en place d'un processus de communication en situation de crise;
- de promouvoir le rayonnement de la mission de soins, d'enseignement et de recherche et les contributions stratégiques liées à des pratiques d'excellence.

### ***Bilan des activités***

Au cours de l'année 2018-2019, le CRHC a tenu quatre rencontres sur les six planifiées. Il y a eu 15 rencontres virtuelles pour la nomination de cadres supérieurs. Le taux de participation des membres de l'exécutif est de 89 %.

Les sujets abordés au cours de l'année sont les suivants :

- suivis de dossiers ressources humaines et communications et recommandations;
- plan de la main-d'œuvre;
- plan de développement des compétences;
- programme de coaching;
- évaluation du processus de renouvellement des privilèges des médecins;
- plan de communications internes et externes;
- programme annuel de reconnaissance des employés et des médecins;
- politiques de ressources humaines et de communications;
- tableau de bord – Indicateurs RH;
- suivi de la négociation locale;
- rapport trimestriel de plaintes de harcèlement psychologique;
- suivi plan stratégique du MSSS – Mobilisation du personnel (main-d'œuvre indépendante (MOI), assurance-salaire et TS.);
- dépôt de plusieurs correspondances et de documents d'information;
- évaluation annuelle des activités et du fonctionnement du CRHC;
- approbation du calendrier annuel des séances du CRHC;
- approbation du plan annuel de travail du CRHC;

### ***Recommandations émises au C.A. par le CRHC au cours de l'année 2018-2019***

Le CRHC a pris connaissance des dossiers et des recommandations soumis par la Direction du CIUSSS. Après analyse des documents et discussion, ils ont recommandé leur adoption au C.A.

Pour l'année 2018-2019, le CRHC a fait 33 recommandations qui ont toutes été adoptées par le C.A., soit :

- inscription annuelle au Barreau du Québec;
- changement de statut d'un hors cadre;
- allocation de disponibilité pour les cadres supérieurs;
- nomination d'une directrice adjointe – volet opérations à la Direction des soins infirmiers (DSI);
- nomination d'une directrice adjointe Qualité, Gestion de risques et Éthique;
- nomination d'une directrice adjointe des Projets immobiliers majeurs
- organigramme modifié de la haute direction;
- entente de départ d'une cadre intermédiaire;

- rapport annuel du CRHC 2017-2018;
- nomination d'un directeur adjoint – Bâtiments, Entretien et Fonctionnement et projets immobiliers à la Direction des services techniques;
- nomination d'une directrice des Services multidisciplinaires (par courriel);
- nomination d'une directrice adjointe Pratiques professionnelles et Excellence en soins infirmiers à la DSI (par courriel);
- nomination d'une commissaire aux plaintes et à la qualité des services (par courriel);
- nomination d'un directeur des Ressources financières (par courriel);
- organigramme modifié de la haute direction;
- nomination d'un commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services (congé de maternité) (par courriel);
- nomination d'une directrice adjointe Continuum des services clientèles aux Programmes santé mentale, dépendance et itinérance (par courriel);
- nomination d'une directrice adjointe Continuum des services clientèles aux Programmes santé mentale, dépendance et itinérance (par courriel);
- nomination d'une directrice adjointe – Volets clinique et professionnel à la Direction des projets immobiliers majeurs (par courriel);
- nomination d'un directeur adjoint – Volets transformation, capital humain et performance à la Direction des projets immobiliers majeurs (par courriel);
- nomination d'un directeur adjoint des opérations financières (par courriel);
- organigramme modifié de la haute direction;
- déclaration d'intérêts des cadres supérieurs et hors cadres;
- renouvellement du contrat de service sage-femme et modification de son statut;
- rémunération forfaitaire du président-directeur général intérimaire;
- prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux du MSSS « Accessibilité aux soins et services »;
- prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux du MSSS « Soutien à domicile-partenariat avec l'utilisateur et ses proches »;
- prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux du MSSS catégorie « Personnalisation des soins et des services »;
- prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux du MSSS catégorie « Valorisation et mobilisation des ressources humaines »;
- prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux du MSSS catégorie « Intégration des services »;
- non-renouvellement et indemnité de départ d'un hors cadre;
- entente de départ d'un cadre intermédiaire (par courriel);
- nomination d'un directeur des Soins infirmiers intérimaire (par courriel).

Le suivi auprès du C.A. de ses propres recommandations s'effectue de manière statutaire en figurant à l'ordre du jour des rencontres du C.A. La présidente dépose à chaque rencontre du C.A. un rapport des faits saillants du comité des ressources humaines et des communications.

### ***Perspectives d'action pour la prochaine année***

Devant la volonté des membres du C.A. d'augmenter la prise de décision à partir d'indicateurs de gestion, un comité s'est mis en place avec les présidents de chacun des comités du C.A. afin de structurer un tableau de bord. C'est ainsi que des indicateurs spécifiques à la gestion des ressources humaines ont été identifiés pour mesurer plus précisément la mobilisation du personnel et, ainsi, mieux orienter, s'il y a lieu, les pistes de solutions. Au cours de la prochaine année, le CIUSSS mettra à profit l'utilisation de ce tableau de bord qui sera une valeur ajoutée pour tous les administrateurs.

Notons que dans le cadre du processus d'accréditation de l'Agrément, tout le personnel du CIUSSS sera invité à participer à un grand sondage sur la mobilisation. Les résultats seront très

précieux afin d'encourager l'émergence d'idées nouvelles pour soutenir le personnel et les médecins résolument engagés envers la population.

### **Comité des affaires universitaires (CAU)**

#### **Membres**

- Mme Djamilia Benabdelkader, membre indépendante
- Mme Francine Ducharme, représentante de l'Université de Montréal, coprésidente
- Mme Lyne Lalonde, représentante de l'Université de Montréal, coprésidente
- M. Sylvain Lemieux, président-directeur général
- Mme Émilie Mercier, membre désigné par le conseil multidisciplinaire au C.A.

#### **Invités permanents**

- Dr Alain Bonnardeaux, directeur de l'Enseignement
- Mme Claire-Joane Chrysostome, directrice adjointe – volet administratif, Direction de l'enseignement
- M. Pierre Fontaine, directeur adjoint administratif, Direction de la recherche
- M. Jean-François Fortin Verreault, président-directeur général adjoint
- M. Stéphane Guay, directeur adjoint scientifique, Direction de la recherche
- M. Jean Lepage, adjoint au président-directeur général
- Dr Denis-Claude Roy, directeur de la Recherche
- M. Pierre Shedleur, président du conseil d'administration

#### ***Mandat du comité des affaires universitaires***

Le comité des affaires universitaires veille à ce que le C.A. s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités conformément à la désignation universitaire du CIUSSS, au contrat d'affiliation conclu avec l'Université de Montréal (UdeM) ainsi qu'aux attentes du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S) envers les établissements hôtes d'un ou plusieurs centres de recherche reconnus.

À cette fin, le comité des affaires universitaires doit notamment :

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au C.A. et portant sur les activités d'enseignement universitaire ou de recherche;
- faire des recommandations au C.A. sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations;
- veiller à ce que la Direction de l'enseignement universitaire et la Direction de la recherche disposent des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer leurs responsabilités de façon efficace et efficiente;

et plus spécifiquement :

- recommander l'adoption par le C.A. des règlements et politiques suivants :
  - ✓ contrat d'affiliation avec l'UdeM;
  - ✓ traitement des plaintes à des fins disciplinaires concernant les résidents en médecine;
  - ✓ politique institutionnelle - Cadre réglementaire de la recherche;
  - ✓ règlement sur le comité d'éthique de la recherche;
  - ✓ politique sur la conduite responsable en recherche;
  - ✓ politique sur la gestion de la propriété intellectuelle.

Le comité s'assure de leur application et mise à jour annuelle.

### **Mandats ou objectifs spécifiques**

Pour l'année 2018-2019, les membres du CAU ont porté une attention particulière aux dossiers suivants :

- Le mandat du comité des affaires universitaires  
Il a été discuté de la pertinence de conserver le comité des affaires universitaires et de lui donner une plus grande importance au C.A.

Afin de pleinement réaliser son mandat et d'identifier les enjeux prioritaires, le CAU effectuera un bilan de l'ensemble des acteurs du volet universitaire au sein de l'établissement. Pour ce faire, des présentations ont été faites par les directions des Soins infirmiers, des Services multidisciplinaires, de la Recherche, de l'Enseignement. D'autres présentations sont à venir dont la Direction qualité, évaluation, performance et éthique, le comité d'éthique de la recherche, les quatre axes d'excellence (hématologie-oncologie, néphrologie, ophtalmologie et santé mentale) et les Groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U).

### **Bilan des activités**

Au cours de l'année 2018-2019, le comité des affaires universitaires a tenu deux rencontres avec un taux de participation des membres de l'exécutif de 90 %. Il a été décidé d'augmenter le nombre de rencontres selon le calendrier du C.A., c'est-à-dire environ six fois par année.

De plus, mesdames Francine Ducharme et Lyne Lalonde, représentantes de l'UdeM, coprésident le CAU depuis le 10 décembre dernier.

Présentation des suivis réguliers :

Sujet
• Contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal
• Mandat du comité des affaires universitaires Présentation du volet universitaire afin d'en définir les enjeux et indicateurs de suivi par le C.A.
• Dépôt de trois demandes de subvention totalisant 32,12 M\$ à la Fondation canadienne pour l'innovation

Au cours de l'année 2018-2019, aucun avis et aucune recommandation n'ont été envoyés ou émis au C.A.

### **Résultats obtenus en fonction du mandat du comité**

L'objectif de présenter la mission universitaire élargie dans l'établissement, par le biais de présentations des différents acteurs au CAU, a débuté et va bon train. Deux autres rencontres sont prévues les 8 avril et 29 mai 2019 afin de terminer cet exercice.

Aucun suivi des rapports et des recommandations n'a été transmis au CAU dans le rapport annuel des comités du C.A. pour l'année 2018-2019.

Aucune recommandation du CAU n'a été émise.

Les perspectives d'action pour la prochaine année sont les suivantes :

- définir les enjeux et indicateurs de suivi du volet universitaire au CIUSSS à partir des présentations faites;
- revoir la politique sur l'intégrité scientifique et la conduite responsable en recherche ainsi que le Cadre réglementaire de la recherche.

## **Enjeu**

Aucun enjeu n'a été soulevé pour ce comité.

## **Comité de révision**

- Hélène Manseau (Ph.D.), présidente, représentante du C.A.
- Dre Sandra Haxuan, médecine familiale, nommée par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (1er avril 2017 au 13 décembre 2018)
- Dr Gilles Marion, omnipraticien, nommé par le CMDP à partir du 13 décembre 2018
- Dr Jacques Tremblay, pneumologue, nommé par le CMDP

## **Fonction du comité de révision**

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur de l'établissement. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles : Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 52.

## **Bilan des activités**

Au cours de l'année 2018-2019, le comité de révision a siégé à six reprises.

Dix-huit demandes ont été reçues durant cette période. Dix-huit ont été traitées, une demande a été abandonnée par l'utilisateur avant son examen au 2<sup>e</sup> recours et une était en cours d'examen à la fin de l'exercice.

Motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande durant l'exercice :

- Accessibilité (délais d'attente) : 1
- Aspect financier : 1
- Droits particuliers : 1
- Relations interpersonnelles : 6
- Soins et services : 17

## **Recommandations**

- Le comité de révision réitère sa recommandation de l'an dernier à savoir : Il tient à rappeler l'importance de l'information dispensée aux patients.
- Il appert également que la qualité des communications à entretenir avec les patients est primordiale.
- Nous recommandons également qu'une attention soit portée afin que soient diminués les délais dans le classement des notes aux dossiers des patients au niveau du service des archives, bien que nous constatons qu'il semble y avoir déjà du progrès.

## **Comité d'éthique en recherche (CÉR)**

Personnes d'éthique en recherche ayant une vaste connaissance des méthodes ou des domaines de recherche couverts par le comité.

### **Membre en règle et pouvant agir comme représentant de l'Université de Montréal (UdeM)**

- Stéphane P. Ahern, président - Membre du CMDP – Médecin

### **Membres en règle qui agissent à tour de rôle**

- Helen Assayag, membre du CMDP – Pharmacienne
- Philippe Bouchard, membre du CMDP – Pharmacien
- Karine Daoust, membre du CMDP – Pharmacienne
- Millie Lum, membre du CMDP – Pharmacienne
- Denis Projean, membre du CMDP – Pharmacien
- Marceline Quach, membre du CMDP – Pharmacienne

### **Personnes spécialisées en droit et en éthique**

- Brigitte Pâquet, personne spécialisée en droit
- Vanessa Chenel, personne spécialisée en éthique
- Marie Hirtle, personne spécialisée en éthique et en droit
- Brigitte St-Pierre, personne spécialisée en éthique

### **Personnes représentant les groupes utilisant les services des établissements où se déroulent les projets de recherche, mais n'y étant pas affiliés**

Membres en règle agissant à tour de rôle :

- Lise Dominique, représentante de la communauté non affiliée
- Marie-Anne Doucet, représentante de la communauté non affiliée
- Louise Normandeau, représentante de la communauté non affiliée

### **Médecins et chercheurs assignés - Membres substitués et pouvant agir comme représentants de l'UdeM**

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| • Frederick Aardema, chercheur    | • Julie Leclerc, chercheuse             |
| • Sylvain Beaulieu, médecin       | • Tania Lecomte, chercheuse             |
| • Yves Bendavid, médecin          | • Alain Lesage, médecin                 |
| • Julie Bergeron, médecin         | • Mark Lesk, médecin                    |
| • Paquito Bernard, chercheur      | • Caroline Letendre, médecin            |
| • Pierre J. Blanchet, médecin     | • Christian Loubert, médecin            |
| • Christian Boukaram, médecin     | • Sonia Lupien, chercheuse              |
| • Catherine Briand, chercheur     | • Marie-France Marin, chercheuse        |
| • Véronique Brulotte, médecin     | • François Marquis, médecin             |
| • Isabelle Brunette, médecin      | • Vincent Massé, médecin                |
| • Pierre Chabot, médecin          | • Adrianna Mendrek, chercheuse          |
| • Gabriel Chan, médecin           | • Luigina Mollica, médecin              |
| • Suzon Collette, médecin         | • Sophie Motar, médecin                 |
| • Christian Constance, médecin    | • Sami Pierre Moubayed, médecin         |
| • Marc Corbière, chercheur        | • Annie-Claire Nadeau-Fredette, médecin |
| • Lara De Guerke, médecin         | • Jonathan Noujaim, médecin             |
| • Jean-Sébastien Delisle, médecin | • Kieron O'Connor, chercheur            |
| • Jean-Luc Dionne, médecin        | • Pierre Orban, chercheur               |
| • Alexandre Dumais, chercheur     | • Isabelle Ouellet-Morin, chercheuse    |
| • Isabelle Fleury, médecin        | • Jean-François Pelletier, chercheur    |
| • Suzanne Fortin, médecin         | • Pierrick Plusquellec, chercheur       |
| • Steve Geoffrion, chercheur      | • Madeleine Poirier, médecin            |
| • Mai-Kim Gervais, médecin        | • Stéphane Potvin, chercheur            |
| • Rafik Ghali, médecin            | • Jean Proulx, chercheur                |
| • Mihai Goergescu, médecin        | • Georges Rakovich, médecin             |
| • Stéphane Guay, chercheur        | • Phillippe Richebé, médecin            |
| • Paul Harasymowycz, médecin      | • Louis-Charles Rioux, médecin          |
| • Josée Hébert, médecin           | • Mélina Rivard, chercheuse             |
| • Sheilagh Hodgins, chercheuse    | • Jean Roy, médecin                     |
| • Janie Houle, chercheuse         | • Jean St-Louis, médecin                |

- Marc Isler, médecin
- Karim Jerbi, chercheur
- Jeannine Kassis, médecin
- Thomas Kiss, médecin
- Réal Labelle, chercheur
- Silvy Lachance, médecin
- Caroline Larue, chercheuse
- Martin Lavigne, médecin
- Patrick Lavigne, médecin
- Mélanie Lavoie-Tremblay, chercheuse
- Richard LeBlanc, médecin
- Issam Tanoubi, médecin
- Valérie Tourjman, médecin
- Jean-François Tremblay, médecin
- Jean-Sébastien Trépanier, médecin
- Brigitte Vachon, chercheuse
- Peter Vavassis, médecin
- Pascal-André Vendittoli, médecin
- Olivier Verdonck, médecin
- Lan Xiong, chercheuse
- Micheal Yassa, médecin
- Valérie Zaphiratos, médecin

### ***Mandat du comité d'éthique en recherche***

Le mandat du CÉR est de veiller au respect des droits à la dignité, à la sécurité et au bien-être des participants à la recherche ainsi que de s'assurer que toute recherche effectuée au sein du CIUSSS soit conforme aux normes scientifiques, légales et éthiques.

Le mandat du comité est d'approuver toute proposition, toute technologie nouvelle ou toute poursuite de recherche impliquant des êtres humains, des données, du matériel biologique, des embryons et des fœtus et d'assortir cette approbation, le cas échéant, de conditions à observer. Conséquemment, le CÉR a le pouvoir d'évaluer, d'approuver, de modifier, de refuser ou d'interrompre tout projet de recherche qui relève de son autorité. De plus, il assure un suivi continu, passif et actif, des projets avec les modalités appropriées à chacun. Le CÉR a pleine autonomie en ce qui a trait à l'évaluation éthique et au suivi des projets de recherche.

Lorsque l'activité de recherche est régie par le *Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement*, adopté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en novembre 2014, le CÉR exerce son mandat à l'intérieur de ces règles.

Le CÉR est institué en vertu de l'article 21 du *Code civil du Québec* et par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec pour évaluer des projets de recherche chez des participants majeurs aptes, inaptes (dont l'inaptitude est subite, temporaire ou permanente) ou des mineurs.

Également, le CÉR peut assister les chercheurs et leurs équipes de recherche dans la présentation d'un projet de recherche ou dans leur démarche sur une question donnée au sujet de leur projet de recherche, contribuant ainsi à la formation éthique.

### ***Bilan des activités***

Pour l'année 2018-2019, le CÉR a tenu 20 rencontres au cours desquelles 148 nouveaux projets ont été évalués.

### **Conseil multidisciplinaire (CM)**

L'année 2018-19 est la seconde année complète d'opération du conseil. Rappelons que le CIUSSS est une organisation d'envergure (2 545 membres du CM provenant des sept anciens établissements répartis sur 42 points de service). Cette ampleur représente, pour l'exécutif, de nombreux défis surtout par le désir de représenter plus de 60 professions différentes sans oublier les inhalothérapeutes. Après une activité de développement organisationnel tenue au mois d'août 2018, le fonctionnement du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) a été revu en entier suite à des questions sur les problèmes d'organisation et de communication au sein de l'exécutif. Des changements au sein des officiers et des réunions de travail. Celles-ci sont plus fréquentes et moins de présentations y sont faites.

Toutefois, comme dans toute grande organisation, le départ de plusieurs membres élus a également eu lieu. Le conseil a donc procédé à la cooptation de trois nouveaux membres au sein du comité exécutif. Le texte ci-dessous présente les principales réalisations du CECM pour l'année 2018-2019.

#### **Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) au 31 mars 2019**

- Guy Jolicoeur, président, travailleur social/CLSC de Saint-Michel
- Magalie Leblanc, secrétaire, physiothérapeute/IUSMM
- Ahmed Douadi, trésorier, technicien en génie biomédical/HMR
- Julie Dumas, responsable communications, nutritionniste/HMR
- France Després, thérapeute en réadaptation/PDI
- Louise Soucy, secrétaire, psychoéducatrice/IUSMM
- Martin St-George, organisateur communautaire/CLSC Hochelaga-Maisonneuve
- Sylvie Pelletier, éducatrice spécialisée/IUSMM
- Isabelle Benoît, travailleuse sociale Jeunesse/CLSC de Saint-Michel (coopté)
- Maxime Cloutier, psychothérapeute/CLSC de Mercier-Est (coopté)
- Gilles Nepveu, inhalothérapeute, Hôpital Santa-Cabrini Ospedale (coopté)
- Sylvain Lemieux, président-directeur général CIUSSS-EMTL
- Caroline St-Denis, directrice des Services multidisciplinaires CIUSSS-EMTL

#### **Mandat du conseil multidisciplinaire**

Le CECM est responsable envers le conseil d'administration de :

- constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
- faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, en égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes dispensés par l'établissement;
- assumer toute autre fonction que lui confie le C.A.;
- faire un rapport annuel au C.A. concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent. Ce rapport doit être déposé à l'assemblée générale annuelle des membres.

Il est également responsable envers le président-directeur général, conformément à l'article 228 de la LSSSS, de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique de l'établissement;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
- toute autre question que le président-directeur général porte à son attention.

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

Pour l'année se terminant le 31 mars 2019, le conseil a poursuivi la mise en œuvre du plan d'action qui avait été proposé l'année précédente touchant les thèmes suivants :

- avis sur les pratiques professionnelles au CIUSSS;
- appréciation et amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de nos membres;
- soutien à l'implantation des comités des pairs;
- présence aux comités de travail du CIUSSS;
- soutien et développement du CM;
- reconnaissance des membres du CM;
- plan de communication du CM;
- présence aux instances communes du CIUSSS, soit le conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- participation aux travaux du CIUSSS avec Agrément Canada;
- nouvelle révision des règlements du CM.

## **Bilan des activités**

Au cours de l'année 2018-2019, le CECM s'est rencontré à huit rencontres officielles. Il a également tenu six rencontres de travail en grand groupe, cinq rencontres d'officiers avec un taux de participation entre 75 et 90 %. Les comités de travail ont tenu, quant à eux, une dizaine de rencontres. Le président-directeur général, Sylvain Lemieux, s'est également joint au CECM.

## **Résultats des comités obtenus eu égard aux objectifs fixés**

- **Comités de pairs**
  - ✓ Le comité a reçu cinq propositions des comités de pairs, dont deux sont actifs.
  - ✓ Amorçe d'une démarche de promotion des comités de pairs avec le soutien des conseillers cadres de cette direction, en lien avec la Direction des services multidisciplinaires (DSM).
  - ✓ Révision et adoption des outils/formulaires de suivi (procédure écrite).
  - ✓ Complète la grille de suivi.
  - ✓ Correspondances avec les membres actifs.
  - ✓ Révision des délais de réponses (lettres modèles et délais standards).
  - ✓ Diffusion d'un communiqué dans chaque bulletin relatant les avancées des comités et effectuant la promotion des comités de pairs.
- **Comité de maintien et promotion des compétences (CMPC)**
  - ✓ Rôle de conseil auprès de l'organisation en ce qui a trait au maintien et à la promotion des compétences de ses membres.
  - ✓ Meilleure collaboration entre les responsables de la formation professionnelle et le CMPC, depuis que la Direction générale (DG) a été saisie des difficultés que le comité rencontrait dans la réalisation de son mandat.
  - ✓ Rédaction d'un nouveau calendrier de rencontres en fonction des étapes de l'élaboration du plan de développement des compétences (PDC).
- **Comité des communications**
  - ✓ Nomination d'une nouvelle responsable de l'information et formation de cette dernière pour se familiariser avec le logiciel Typo03.
  - ✓ Publication de six bulletins d'information.
  - ✓ Mise à jour régulière de la page de l'intranet.
  - ✓ Élaboration d'un dépliant pour aider à mieux comprendre le rôle du conseil multidisciplinaire. Ce dépliant sera imprimé à 2 000 exemplaires et sera distribué au cours des prochains mois.
- **Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ)**
  - ✓ Participation de quatre membres et de la directrice des Services multidisciplinaires au colloque de l'ACMQ.
  - ✓ Collaboration au comité de travail de l'ACMQ.
  - ✓ Participation d'un membre du CM au C.A. de l'ACMQ.
- **Révision des statuts et règlements**
  - ✓ De petites modifications sur le mode de votation et sur la durée des mandats des membres du CECM ont été apportées aux règlements généraux et fera l'objet d'un vote lors de la prochaine assemblée générale.
- Participation à divers comités du CIUSSS dont le comité de gestion des risques et le comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires (CQPCI).

## **Avis et recommandations du CECM (présentés au président-directeur général)**

- Avis sur les spécialistes en Activités cliniques : août 2018.
- Avis sur la politique interdisciplinaire de prévention du suicide : septembre 2018.
- Avis sur les regroupements professionnels : décembre 2018.

### **Consultations**

Le comité exécutif a eu six rencontres de travail. Ces rencontres ont servi à recevoir huit présentations provenant de différents comités ou directions de l'organisation.

SUJETS	DATE
Politique sur l'allaitement maternel	Avril 2018
Outils de cheminement clinique	Mai 2018
Politique de prévention du suicide	Juin 2018
Appui au secteur de traumatologie de HSCO	Septembre 2018
Politique sur la maltraitance	Novembre 2018
Dossier de l'Agrément pour les cinq prochaines années	Janvier 2019
Rencontre avec le président de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec	Février 2019
Présentation du projet immobilier (HMR)	Mars 2019
Titres d'emploi en pénurie (dossier CEMUR)	Mars 2019
Politique d'administration de la naloxone	Mars 2019

### **Perspectives d'actions pour la prochaine année**

Cette année, le travail du CECM s'est poursuivi par les réalisations des différents comités de travail de l'exécutif. Chacun des membres du CECM, y compris les nouveaux membres cooptés, ont choisi un comité interne du CECM pour prendre connaissance des diverses problématiques. La poursuite de cette façon de faire est souhaitable, car les membres veulent prendre du temps pour réfléchir et refléter les différents milieux de pratique du CIUSSS.

Le plan d'action se termine après ces deux années; nous devons nous pencher en 2019 sur un nouveau plan d'action qui pourra se poursuivre jusqu'en 2022. Deux défis majeurs devront être adressés au cours de la prochaine année : la communication avec les membres et la création de nouveaux comités de pairs.

En ce qui regarde les regroupements professionnels, le CECM y croit fermement et la Direction des services multidisciplinaires a assuré au conseil qu'elle abondait dans le même sens.

Également, le CECM entend poursuivre les collaborations avec les autres instances du CIUSSS dont le conseil des infirmières et infirmiers, avec qui il a des rapports étroits, et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens qui s'est joint à nos deux conseils dernièrement.

La modernisation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont sera un enjeu majeur pour le CM puisqu'il peut jouer un rôle décisif dans l'orientation, la mise en œuvre et la présence des professionnels en partenariat avec le C.A., les cadres, les médecins et le personnel soignant. Le CM voit d'un bon œil l'invitation qui lui a été faite afin de collaborer à ce projet.

Un dernier défi sera le renouvellement du comité exécutif du CM. Avec quatre départs au cours de l'année, les activités des comités ont été plombées et nous n'avons toujours pas réussi à combler les 13 postes qui sont prévus dans nos règlements. La prolongation des mandats de deux à trois années devrait assurer une certaine stabilité, mais il faudra faire des efforts supplémentaires pour trouver de nouveaux membres du secteur des soins hospitaliers.

### **Dépenses du conseil multidisciplinaire**

Le CM a eu droit de déboursier une somme de 10,000 \$ en 2018-19 qui a été dépensée ainsi :

Cotisation à notre Association.....	2 195 \$
Participation à notre congrès annuel.....	2 654 \$
Dépliants du CECM (2 000) .....	350 \$
Tablette IPAD pour les documents .....	1 500 \$
<b>Total.....</b>	<b>6 699 \$</b>

### **Conclusion**

L'exercice 2018-2019 a été marqué par le nombre important de sollicitations du CM. Les membres ont été appelés à participer à des rencontres informelles sur plusieurs sujets variés. La formule des trois types de rencontres, soit une rencontre des officiers pour préparer le travail, une rencontre non officielle de groupe avec les autres membres du CECM pour adopter des positions et pour refléter le travail des comités internes et, enfin, les rencontres officielles avec le président-directeur général, la directrice des Services multidisciplinaires et au besoin, des invités est une formule gagnante qui sera réutilisée l'an prochain. Par ailleurs, la réduction du nombre de présentations à deux par mois, a permis un allègement du travail des membres.

De plus, la diminution du rythme de travail a permis l'amélioration de la communication entre les membres et un meilleur climat de travail. Il faut poursuivre dans cette optique et garder en tête que le CM ne peut pas répondre à toutes les demandes de consultation qui se présentent à chaque semaine.

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

#### **Membres du comité exécutif du CMDP**

- ✓ Nomination du Dr J. André Luyet, IUSMM – président du comité en remplacement du Dr Rafik Ghali
- ✓ Dr Ian Ajmo, HSCO - vice-président
- ✓ Martin Franco, HMR - secrétaire-trésorier
- ✓ Dr Alain Bonnardeaux, CIUSSS-EMTL - directeur de l'Enseignement universitaire
- ✓ Dre Diane Brideau, installation PDI - conseiller CSSS, volet CLSC
- ✓ Dr Joseph Élias Feghali, installation HSCO - conseiller HSCO
- ✓ Nomination de M. Sylvain Lemieux, CIUSSS-EMTL - président-directeur général en remplacement de M. Yvan Gendron
- ✓ Dre Suzette Ghoubril, installation LT - conseiller CSSS | volet hébergement (CHSLD)
- ✓ Dre Martine Leblanc, CIUSSS-EMTL - directrice des Services professionnels
- ✓ Dr Vincent Pichette, HMR – conseiller HMR
- ✓ Dr Marc Sasseville, IUSMM - conseiller IUSMM

Le comité exécutif du CMDP a tenu dix rencontres régulières, deux rencontres extraordinaires et organisé trois assemblées générales durant l'exercice 2018-2019.

#### **Mandat du CMDP**

Le CMDP est composé de médecins, de dentistes et de pharmaciens à qui le C.A. du CIUSSS a dûment accordé un statut et des privilèges, le cas échéant, afin d'y exercer leur profession dans l'établissement.

Il se doit d'instituer un comité d'examen des titres, un comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique et un comité de pharmacologie.

Lorsqu'aucun chef de département clinique n'est désigné, le CMDP exerce la responsabilité du chef de département clinique en vertu du premier alinéa de l'article 190 de la loi, soit principalement

la surveillance dont s'exercent la médecine, la médecine dentaire et la pharmacie dans ce département.

À la demande du C.A., le CMDP doit élaborer les règles de soins médicaux et dentaires ainsi que les règles d'utilisation des médicaments lorsque le chef de département clinique néglige de le faire.

Dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont celui-ci dispose.

### **Faits saillants**

- L'exécutif du CMDP a procédé à la nomination, aux renouvellements ou à la révision de privilège de plus de 1 000 médecins, dentistes et pharmaciens.
- Un représentant de la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec a été invité pour une formation aux membres du CMDP sur le « *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins* ».
- Pour l'exercice 2018-2019, le CMDP a procédé à une réorganisation administrative.
- Le CMDP a procédé à un scrutin visant à pourvoir les postes suivants :
  - ✓ président;
  - ✓ vice-président;
  - ✓ conseiller représentant de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal;
  - ✓ conseiller représentant de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale.
- *Comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (CCEAMDP)*  
Au cours de l'année 2018-2019, le comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique a tenu quatre rencontres et a organisé une activité de formation ayant pour thème l'évaluation de l'acte professionnel au sein de nos services et départements cliniques. À cette occasion, onze études issues de différents départements ont été présentées.

### **Activités du comité**

- ✓ Changement de présidence au CCEAMDP.
  - ✓ Fonctionnement du comité :
    - création de sous-comités par département;
    - nomination d'un représentant provenant de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale;
    - révision du fonctionnement de transmission, de réception et d'archivages des documents.
  - ✓ Dans l'exercice 2018-2019, le comité a pris connaissance des éléments suivants :
    - autorisations judiciaires en soins et hébergements;
    - audits du comité de prévention des infections;
    - qualité de l'acte entourant l'aide médicale à mourir;
    - travaux d'évaluation de l'acte médical provenant des services suivants :
      - urologie;
      - chirurgie générale;
      - pneumologie;
      - médecine nucléaire;
      - médecine interne;
      - neurologie.
  - ✓ Le comité a pris connaissance des recommandations du collège des médecins du Québec (CMQ) suite à sa visite du mois de janvier 2019. Le comité a déjà mis en place un plan d'action pour se conformer aux recommandations du CMQ.
- *Comité d'examen des titres*  
Le comité d'examen des titres a effectué 842 renouvellements des privilèges des médecins spécialistes et des médecins omnipraticiens du CIUSSS. Il a tenu huit rencontres durant l'exercice 2018-2019.

- *Comité de discipline*  
Deux dossiers sont en cours et un dossier s'est ajouté pour l'exercice 2018-2019.
- *Comité de pharmacologie*  
Pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019, le comité de pharmacologie du CIUSSS a tenu quatre réunions.  
**Les dossiers suivants ont été évalués :**
  - ✓ utilisation du Tocilizumab (Actemra) dans le syndrome de relâche des cytokines;
  - ✓ utilisation d'un protocole d'introduction contrôlée du Sugammadex en usage clinique au bloc opératoire;
  - ✓ recours à la vitamine C dans le traitement du sepsis;
  - ✓ utilisation du Bortezomib dans le traitement du myélome multiple;
  - ✓ début des discussions concernant le recours à la Marijuana;
  - ✓ utilisation du Ribavirin en comprimé pour le traitement des RSV positif en GMO à la place du Ribavirin en inhalation;
  - ✓ révision du formulaire des médicaments :
    - uniformisation du formulaire pour les classes de médicaments suivantes :
      - inhalateurs en pneumologie
      - médicaments narcotiques
      - médicaments antidépresseurs
      - médicaments antihistaminiques
      - médicaments antinéoplasiques
      - médicaments cardiovasculaires
      - médicaments diurétiques
      - médicaments hypoglycémiant non insuline
    - demande d'ajout des médicaments suivants : Mirabegron (Myrbetriq), Fer isomaltoside (Monoferric), Ivabradine (Lancora), Timbre Scopolamine (Transderm-V), Ceftobiprole (Zevtera), Ceftolozane/Tazobactam (Zerbraxa), Néomycine orale
    - retrait du marché des médicaments suivants : Zafirlukast (Accolate), Fluphenazine décanoate (Modecate), Procyclidine (Kemadrin);
    - révision de la liste des médicaments provenant du programme d'accès spécial de Santé Canada;
    - substitutions automatiques pour les médicaments suivants : Azilsartan (Edarbi), Perindopril Arginine (Viacoram), Paliperidone palmitate (Invega Trinza);
    - utilisation des molécules biosimilaire du Filgastrim (Neupogen et Gastrofil);
    - ajout des médicaments qui ont été approuvé l'INESSS durant l'année 2018-2019.
  - ✓ dépôt des avis de Santé Canada et des diverses publications de l'INESSS pour information ou pour action, lorsque pertinent;
  - ✓ révision des demandes d'utilisation des médicaments de nécessités médicales particulières (NMP).
- ✓ *Autres comités*  
Faisant référence au règlement du CMDP, d'autres comités relevant du CMDP font l'objet d'une révision de leur mandat, de leur composition et de la fréquence des rencontres afin de mieux s'intégrer à la réalité CIUSSS :
  - ✓ comité de radioprotection;
  - ✓ comité de réanimation cardiopulmonaire et des soins intensifs;
  - ✓ comité de médecine transfusionnelle;
  - ✓ comité d'endoscopie hors salle d'opération;
  - ✓ comités tumoraux / HSCO - Comité de coordination des comités de diagnostic et du traitement du cancer.
- *Comité de dons d'organes et de tissus (DOT)*
  - ✓ Le DOT a tenu une rencontre en 2018-2019.
  - ✓ Changement au niveau de la présidence du comité.
  - ✓ Premier don de visage au Canada.
  - ✓ Premier cas de don par décès cardiaque à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

- ✓ Implication de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale en don de tissus et d'organes avec plusieurs formations données par Claude Proulx, infirmière-ressource.
- ✓ Nouvel appareil pour la greffe de cornée acquis par l'équipe d'ophtalmologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont amenant une technique de greffe novatrice offrant de meilleurs résultats.
- ✓ L'utilisation de la salle de prélèvement des tissus à l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale est en voie de concrétisation.
- ✓ Un poste pour une deuxième infirmière-ressource DOT est en voie de concrétisation.

## **Conseil des infirmières et infirmiers (CII)**

### ***Composition du comité exécutif du CII (CECII), institué en vertu de la loi, au 1<sup>er</sup> avril 2018***

- Monique Nguyen, présidente, infirmière clinicienne en maladies chroniques/CSSS SLISM
- Josée Labbé, 1<sup>re</sup> vice-présidente et trésorière, infirmière clinicienne-Clinique STRP/IUSMM
- Danièle Bernard, secrétaire, directrice des Soins infirmiers (avril 2018-mars 2019)
- Claude Riendeau, directeur des Soins infirmiers intérimaire (mars 2019)
- Daniel Beauregard, assistant infirmier-chef gérontopsychiatrie/IUSMM et infirmier désigné au C.A. par le collège électoral du CII
- Aurore Cockenpot, conseillère cadre en soins critiques, clientèle de soins critiques et de médecine spécialisée/HMR et HSCO
- Yvan Gendron, président-directeur général (avril-novembre 2018)
- Sylvain Lemieux, président-directeur général (novembre 2018-mars 2019)
- Manon Pinet, conseillère en prévention des infections/IUSMM

### **Invitée**

- Maryse Samson, directrice adjointe des Soins infirmiers – volet pratiques professionnelles et de l'excellence en soins infirmiers

### **Membres dont le mandat s'est terminé**

- Fatima Halaoui, infirmière clinicienne ASI/CSSS PDI
- Mélissa Lalonde, chef de service développement expertise infirmière/CSSS PDI
- Alexandra Lapierre, conseillère en soins infirmiers/ HSCO
- Johanne Laramée, infirmière clinicienne/CSSS LT
- Viorica Sarpe, infirmière/CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska

### **Membres élus à l'automne 2018**

- Anne-Marie Audet, infirmière clinicienne, continuum d'accouchement/HMR
- Mirlaine Vernet, ASI CHSLD Jeanne-Le Ber/CSSS LT

### **Membres cooptés**

- Geneviève Chouinard, chef d'unité 2e étage cardiologie/HSCO
- Stéphan Girard, ASI unité 508/IUSMM
- Javiera Kegevic, ASI en déficience intellectuelle TSA/IUSMM

### **Membre projet pilote IPS**

- Nadine Belony, IPSPL, Polyclinique Levasseur/ CSSS SLISM

### ***Mandat du CII***

*Le CII est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable envers le C.A. :*

- d'apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers posés;
- de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers, les règles de soins médicaux, les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres ainsi que la distribution appropriée des soins dispensés par ces derniers.

*Le CII est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur :*

- l'organisation scientifique et technique du centre;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers.

#### ***Faits saillants***

- La représentativité au sein du comité des pratiques professionnelles, du comité de gestion des risques et du comité consultatif immunisation.
- L'implication du comité de sélection des projets présentés au « *Colloque du Carrefour des cadres CIUSSS-EMTL – avril 2018* ».
- La participation de trois membres à l'assemblée générale annuelle et au congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en tant que « déléguées » en novembre 2018.
- La participation à différentes activités de l'Association des CII du Québec, dont le colloque, l'assemblée générale annuelle ainsi que des conférences.
- La consultation et l'accompagnement du comité de la relève infirmière (CRI) dans la réalisation de son mandat.
- La consultation et l'accompagnement du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) dans la réalisation de son mandat.
- Les élections du CII en octobre 2018 (deux nouveaux membres élus).
- Le cooptage de trois nouveaux membres et d'une IPS (projet pilote) afin d'assurer une représentativité de toutes les directions du CIUSSS.
- La collaboration à l'élaboration du Protocole interdisciplinaire sur la prévention du suicide.
- La participation à la journée de « réflexion stratégique », dans le cadre du lancement du projet immobilier majeur pour le nouveau HMR, mars 2019.
- Le soutien au CIIA lors de la préparation de la visite d'inspection de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ).
- La mise à jour et dépôt des nouveaux règlements du CII.
- Formation comité statutaire CII-CM-CMDP.
- L'invitation d'une représentante de la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM.

#### ***Principaux avis et recommandations émis***

- Un plan d'intervention disciplinaire (PID) prévention du suicide.
- Un avis sur l'interdisciplinarité.
- Une boîte à outils de lutte à la maltraitance.
- Une règle de soins : traitement de suppléance rénale en mode SLED.
- Une règle d'utilisation du Naloxone intranasale.
- Une politique d'encadrement du recours à la surveillance accrue des usagers en centre hospitalier.
- Des heures de visites.

#### ***Présentations principales auprès du CECII faites par les représentants des dossiers suivants :***

- la planification précoce et conjointe des congés;
- la démarche de consultation sur le projet de règlement sur les heures de visites en milieu hospitalier;
- le rôle des infirmières praticiennes spécialisées (IPS);
- la visite d'agrément pour novembre 2019;
- la présentation du Projet immobilier majeur en mars 2019.

### **Rencontres**

Le CECII s'est réuni à 10 reprises au cours de l'année. L'assemblée générale annuelle s'est tenue le 13 juin 2018 et la prochaine aura lieu le 12 juin 2019. Plusieurs rencontres de travail ont également eu lieu pour faire progresser les dossiers du comité, ainsi que des rencontres statutaires et des rencontres de travail des officiers.

### **Priorités du CII 2019-2020**

L'année prochaine sera une année pleine de défis. L'exécutif du CII compte maintenant de nouveaux membres qui, par leurs différentes expertises, vont contribuer à faire progresser les différents dossiers qui lui sont soumis.

Le CECII se penchera sur les projets suivants :

- la poursuite du travail sur le rayonnement et la visibilité du CECII au sein du CIUSSS;
- les lettres et les avis;
- le soutien aux membres du CECII;
- l'accueil et l'intégration de la représentante de la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM;
- l'utilisation optimale de la station visuelle opérationnelle/salle de pilotage;
- la proactivité et être à l'écoute des changements qui toucheront la pratique infirmière et la qualité et sécurité des soins.

### **Comité des usagers du centre intégré (CUCI)**

#### **Membres du CUCI**

- Jeannelle Bouffard, présidente (nomination septembre 2018)
- Simon Arseneau, membre régulier
- Stéphane Gomard, membre régulier (nomination septembre 2018)
- Marina Javicoli, membre régulier (nomination septembre 2018)
- Frédéric Lalonde, membre régulier (démission septembre 2018)
- Lucille Le Boudier, membre régulier
- Ewa Michalkiewicz, membre régulier (nomination mai 2018)
- France Moreau, membre régulier
- George Pajuk, membre régulier (démission mai 2018)
- Rick Smith, membre régulier
- Micheline Vermette, membre régulier

Les membres du CUCI se sont réunis à huit reprises au cours de la dernière année.

#### **Faits saillants**

Les membres du CUCI ont d'abord élaboré un plan d'action afin de suivre l'évolution des travaux qui étaient prioritaires pour eux. En vue de partager les responsabilités et de participer à différents comités du CIUSSS, une répartition équitable des responsabilités des membres du comité a été effectuée.

Les membres ont accueilli plusieurs représentants des directions du CIUSSS en lien avec les droits et la qualité de vie des usagers. Bien informés, ils ont ainsi été en mesure de soumettre des commentaires. De plus, les membres du CUCI et des comités des usagers ont bénéficié d'une formation intercomités sur la lutte contre la maltraitance.

Pour répondre aux besoins de l'ensemble des comités des usagers du CIUSSS, une demande a été adressée afin d'harmoniser les rapports budgétaires mensuels en conformité avec les exigences ministérielles pour la reddition de compte annuelle, ce qui a facilité le suivi budgétaire des différents comités.

De plus, une procédure a été créée pour l'allocation des budgets destinés aux projets spéciaux à partir du budget excédentaire du CUCI. Les membres ont également voté l'approbation de projets spéciaux pour certains comités des usagers continus (CUC).

Enfin, une entente a été conclue avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique pour assurer un soutien administratif professionnel au CUCI.

## **ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT**

Les soins et services offerts par le CIUSSS s'articulent autour de 16 directions et une direction générale, comme en témoigne l'organigramme à la page 10. Au cours de l'année 2018-2019, chaque direction a travaillé à la réalisation de nombreux projets que nous vous présentons dans les pages qui suivent.

## **LES DIRECTIONS CLINIQUES**

### **Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)**

La Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées a poursuivi le développement des services en soutien à domicile, pour répondre aux besoins grandissants de la population, et des travaux du projet clinique en CHSLD.

En 2018-2019, la DSAPA a aussi consolidé le fonctionnement des salles de pilotage, tant pour sa direction que pour celles des directeurs adjoints. L'implantation des stations visuelles opérationnelles a été réalisée dans 100 % des services. Cette année, la Direction a bénéficié de l'étroite collaboration des cogestionnaires médicaux en regard de la planification des services et de l'atteinte des cibles.

La Direction SAPA continue activement sa collaboration avec les partenaires de la Direction de santé physique du réseau de l'hébergement et des ressources intermédiaires de l'Est afin de diminuer le nombre de personnes ayant le statut de niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers. En collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 72 places temporaires en ressources intermédiaires et 71 places en CHSLD ont été développées. Très active en centres hospitaliers également, la Direction a aussi planifié les congés des usagers grâce aux équipes de planification précoce et conjointe des congés (PPCC), et ce, en vue de favoriser un retour à domicile dans de meilleurs délais à la suite de leur séjour à l'hôpital.

L'équipe de direction, associée à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, a consolidé l'important plan d'action sur la gestion intégrée de la présence au travail pour chacun de ses services. De plus, elle a contribué, avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et d'éthique, au développement de la politique et de la procédure de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Les équipes des CHSLD et des services de soutien à domicile ont aussi grandement contribué, avec la Direction de l'enseignement universitaire et l'équipe médicale, au développement des unités de formation continue interdisciplinaire-universitaire pour la formation des résidents en médecine.

### **Les principales réalisations de l'équipe du continuum des services clientèle**

- À la suite des investissements ministériels pour la création de 87 nouveaux postes en soutien à domicile, l'intensification des activités de recrutement a permis de combler à 92 % l'ajout de ces nouvelles ressources. Celles-ci ont permis aux équipes de soutien à domicile d'intensifier l'offre de service dans toutes les sphères d'activités et d'éliminer les listes d'attente en soins infirmiers et en aide à domicile. Concrètement, elles ont engendré une

augmentation de l'intensité des services à domicile de 8 %, et de 7 % en matière d'heures de services.

- Avec l'arrivée des gériatres dans le CIUSSS, qui permet d'offrir de l'évaluation gériatrique externe sur notre territoire, le CIUSSS s'est doté d'un centre multiservices gériatrique. Ce dernier unit les expertises des gériatres, des gérontopsychiatres et des neurologues de la clinique de la mémoire. Ainsi, il y a désormais une seule porte d'entrée pour tous ces besoins et une réponse adaptée en temps utile par la bonne spécialité médicale et l'équipe professionnelle. Ces travaux importants permettent d'améliorer de façon significative l'offre de service à la population.
- Selon leur souhait, 39 % des usagers suivis en soins palliatifs ont pu décéder à domicile.

## **Les principales réalisations de l'équipe de l'hébergement**

- La Direction a poursuivi des travaux pour la réalisation du projet clinique dans les 15 CHSLD et répondre aux engagements du président-directeur général à la suite du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD.
- Des actions importantes ont été réalisées pour améliorer les services aux personnes avec des symptômes comportementaux psychologiques reliés à la démence.
- Le projet OPUS-AP a été déployé pour diminuer l'utilisation des psychotropes chez la clientèle souffrant de démence.
- La consolidation du deuxième bain pour les résidents qui le souhaitent a atteint 88 %.
- À la suite du travail extraordinaire fourni par les équipes pour implanter l'approche relationnelle de soins auprès des résidents, la Direction est fière du succès obtenu pour ce projet qui a d'ailleurs remporté le 1<sup>er</sup> prix de l'ASSTSAS en février dernier.
- La mise en place de la programmation des soins palliatifs dans trois CHSLD, selon le plan quinquennal.
- L'implantation de l'offre de service de la réadaptation et de la physiothérapie dans les 15 CHSLD.

## **Enjeux et priorités de la Direction SAPA**

- Poursuivre les travaux du virage santé en soutien à domicile pour mieux desservir la clientèle vieillissante et malade qui nécessite un suivi de santé serré.
- Étendre le repérage de la clientèle vulnérable dans d'autres milieux que les résidences privées pour aînés, soit en partenariat avec les groupes de médecine de famille (GMF), les pharmacies communautaires, les organismes communautaires.
- Répondre aux besoins importants d'une main-d'œuvre en santé.
- Poursuivre la réalisation de l'important projet sur la gestion intégrée de la présence au travail.
- Réaliser la transformation du parc de lits en CHSLD pour répondre aux besoins actuels de la population. Développer des micro-milieus adaptés en transformant des secteurs dans les unités de vie pour répondre aux besoins de la clientèle souffrant de symptômes comportementaux psychologiques reliés à la démence.
- Déployer le projet sur l'amélioration des soins buccodentaires dans l'ensemble des CHSLD.
- Réaliser le déploiement de la 2<sup>e</sup> phase du projet OPUS-AP.

## **Direction des programmes de déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique (DI-TSA et DP)**

### **Les principales réalisations de la Direction des programmes de DI-TSA et DP**

Cette année, le respect du délai d'accès a connu une amélioration significative pour les premiers services offerts à la clientèle qui présente une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). En effet, on note une augmentation des résultats de 12,5 % en DP (83,4 %) et de 7,5 % en DI-TSA (74 %). La cible étant de 90 %.

Le partenariat s'est accentué avec la création d'un comité de concertation entre les organismes communautaires en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme et les cinq CIUSSS montréalais. Les objectifs de ce comité visent à mettre en place des collaborations entre le réseau et les organismes communautaires afin de répondre aux besoins de la clientèle DI-TSA.

La Direction a intégré, en cours d'année, une salle de pilotage tactique à ses pratiques de gestion de la performance. Par conséquent, la mise en place de stations visuelles opérationnelles dans les équipes DI-TSA a eu comme impact de dynamiser les équipes dans la recherche de solutions aux obstacles vécus et de participer activement à la performance organisationnelle.

La candidature du modèle des ressources alternatives à l'hébergement institutionnel en déficience physique a été soumise au Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux dans la catégorie « Soutien à domicile - partenariat avec l'utilisateur et ses proches ». La candidature « Modèle d'hébergement alternatif » a été retenue parmi les quatre finalistes nationaux.

En 2018-2019, on constate une augmentation du nombre de familles recevant le programme de soutien à la famille. En effet, 1 747 familles différentes ont pu en bénéficier.

Enfin, l'ajout d'un chef de programme en déficience physique dédié au réseau local de la Pointe-de-l'Île et d'un chef de programme en stimulation précoce pour les CLSC de Hochelaga-Maisonneuve, de Saint-Michel et de Mercier-Est ont permis de compléter l'équipe de gestion de manière à bien soutenir le personnel dans l'offre de services à l'ensemble de la clientèle.

### **Les principales réalisations de l'équipe des programmes de DI-TSA**

Le guichet d'accès aux services en DI-TSA et DP sensorielle a connu une augmentation significative de nouvelles demandes reçues depuis l'an dernier, passant de 755 demandes en 2017-2018 à 1 129 nouvelles demandes cette année. Il s'agit d'une augmentation de 49 %.

La Direction a reçu l'aval pour amorcer un projet en partenariat avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal qui vise la mise en place d'une offre de service intégrée pour la trajectoire des enfants 0-6 ans du territoire du CIUSSS-EMTL. Ce projet implique une gamme complète de services dans les trois réseaux locaux sur notre territoire par le déploiement d'équipes interdisciplinaires de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne.

L'ajout d'une travailleuse sociale au sein des équipes de stimulation précoce des CLSC de Saint-Michel et de Hochelaga-Maisonneuve a été réalisé. Cette expertise complémentaire permet ainsi de diversifier la réponse aux besoins des enfants et de leur famille. Cette intervenante assure maintenant les interfaces avec le guichet d'accès intégré jeunesse pour l'accueil des nouvelles demandes à notre service, améliorant notamment les collaborations entre les deux directions.

Dans le cadre du Plan d'action TSA, les résultats dépassent de 22,4 % la cible du nombre d'interventions reçues en CLSC dans le programme DI-TSA.

## **Les principales réalisations du programme de déficience physique**

Les équipes ont mis en place des activités de jour valorisantes, en collaboration avec les organismes communautaires, afin de favoriser la participation et l'intégration sociale de la clientèle adulte ayant une déficience physique. En effet, au cours de l'année, plus de 40 usagers ont pu bénéficier de sessions de yoga adapté et d'exercices en douceur dans la communauté.

## **Enjeux et priorités**

### **Enjeux**

La collaboration avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a permis de définir les balises de nos offres de services respectives (services spécifiques et services spécialisés), ainsi que de réorganiser les ressources humaines pour répondre aux besoins de la population de l'est de l'île de Montréal, et ce, en concordance avec le Cadre de référence sur l'offre de services pour les personnes ayant une DP, une DI ou un TSA.

La mise en place du projet de continuum de services intégrés pour les enfants de 0-6 ans, en partenariat avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, est une priorité pour notre direction mais comporte plusieurs enjeux d'ordres structurel, organisationnel et humain, en 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne pour les enfants de l'Est.

### **Priorités**

En 2018-2019, en collaboration avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, la Direction s'est engagée dans le développement d'une offre de service unifiée en intervention précoce auprès des enfants, de la naissance à sept ans, ayant des retards significatifs de développement (retard global de développement, hypothèse TSA, TSA, déficience intellectuelle ou déficience physique) pour l'est de l'île de Montréal.

Une réorganisation des services spécifiques et spécialisés dans l'est de l'île de Montréal a été effectuée afin de répondre aux attentes du Cadre de référence sur l'organisation des services en DP-DI-TSA.

La Direction vise le respect des critères du Plan d'accès à l'égard des personnes ayant une déficience (DI-TSA et DP), avec une cible de 90 % de respect des priorités urgentes, élevées et modérées.

Avec la mise en place d'un guichet d'accès en déficience physique motrice, des intervenants de notre direction seront dédiés, à la fin des travaux, aux fonctions reliées à l'accès et pourront ainsi traiter l'ensemble des demandes orientées vers notre programme. La mise en place de ce guichet a pour but d'améliorer le délai de traitement des demandes, de les orienter vers des services ajustés aux besoins et requis ainsi que d'assurer le suivi des usagers durant la période d'attente.

Enfin, le déploiement de stations visuelles opérationnelles s'est concrétisé en cours d'année dans les équipes d'intervention précoce et dans les équipes de déficience physique.

## Direction des programmes en santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI)

La Direction des programmes en santé mentale, dépendance et itinérance a amorcé, cette année, un important plan de transformation de son offre de service. Fondé sur les enjeux populationnels et les besoins des personnes utilisatrices de services du territoire, ce plan vise à établir un équilibre entre une offre de service davantage déployée dans la communauté, à proximité des citoyens, et une offre de service d'hospitalisation et de services spécialisés utilisés davantage comme parcours d'exception, lorsque toute autre mesure de rechange a été envisagée.

Ayant pour but de faciliter l'accès et de simplifier le parcours de soins et services, ce plan vise également à assurer une réponse mieux adaptée à chacune des étapes de la trajectoire de services susceptible d'être empruntée par la clientèle. L'ensemble de la DPSMDI, le personnel, les médecins et les gestionnaires sont impliqués dans cette transformation de l'offre de service afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

### Les principales réalisations de l'équipe du continuum des services-clientèles

L'année 2018-2019 a vu la poursuite du déploiement de l'offre de service en ligne directe avec la vision du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 et celle appuyant la transformation des services de la DPSMDI. L'offre de service en psychiatrie communautaire consiste à l'intégration, au sein de la mission CLSC et des équipes en place, de médecins psychiatres venant apporter leur expertise, non seulement auprès des équipes des services spécifiques, mais également auprès des médecins œuvrant en GMF et plus largement dans la communauté. L'année 2018-2019 a également été marquante, sous le signe de la réorganisation et du rassemblement des services de deuxième ligne vers l'IUSMM.

#### • Programme Portail

- ✓ *Équipe de santé mentale en CLSC*
  - Adoption de la programmation clinique pour les équipes santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne.
  - Démarrage de travaux d'optimisation des processus pour les guichets d'accès en santé mentale.
- ✓ *Urgence*
  - Réorganisation des services d'urgence psychiatrique soit le déménagement des services d'urgences psychiatriques du Pavillon Rosemont vers l'urgence générale de l'HMR en décembre 2018.
- ✓ *Équipe Proxi-Itinérance*
  - Adoption de la nouvelle programmation clinique qui permettra de rejoindre davantage la clientèle vulnérable qui se trouve en situation précaire ou d'itinérance.

#### • Programmes services spécialisés

- ✓ *Équipes mobiles*
  - Grâce à la générosité de la Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, l'équipe de soutien à l'hébergement a développé une offre de services de zoothérapie à la clientèle en hébergement. Deux psychoéducatrices de l'équipe ont eu leur formation/entraînement afin de pouvoir utiliser un chien, dans le cadre de leurs interventions, et ce, depuis le 18 mars dernier.

- Homologation de l'équipe de soutien d'intensité variable du réseau local de services de Lucille-Teasdale par le Centre nationale d'excellence en santé mentale et réception d'une médaille d'argent donnant droit à la deuxième place sur l'ensemble des équipes du Québec.
- ✓ *Troubles psychotiques*
  - Organisation de l'activité « coup d'Théâtre » en partenariat avec le pavillon d'éducation communautaire d'Hochelaga-Maisonneuve dans le but d'offrir le théâtre comme médium thérapeutique, de favoriser l'intégration dans la communauté et le rétablissement de la personne. Le projet a favorisé la reprise de confiance en ses capacités et se veut un tremplin pour les participants vers d'autres projets de vie (certains des participants ont été interpellés pour participer à d'autres projets créatifs, entre autres avec la Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et le Théâtre du Nouveau Monde.
- ✓ *Troubles psychotiques | Recherche en pharmacologie et en psychiatrie*
  - Participation à une étude clinique permettant la collecte de données sur l'utilisation de traitements pharmacologiques injectables approuvés par Santé Canada et déjà sur le marché, visant une connaissance des effets à long terme de ces traitements, de leurs effets secondaires et leur impact sur la condition clinique, le fonctionnement et la qualité de vie des usagers.
  - Participation à une étude clinique visant à tester les effets bénéfiques de la stimulation magnétique transcrânienne (TMS) individualisée, afin de contrer les déficits de mémoire de travail.
  - Participation à des études cliniques commanditées par l'industrie pharmaceutique s'inscrivant dans le programme de développement de nouvelles molécules, non commercialisées pour l'instant, ciblant la prévention des rechutes en schizophrénie.

Ces études accessibles à la clientèle du programme atteinte de schizophrénie, permettent d'offrir une alternative de traitement et de suivi et l'essai de médicaments novateurs dans l'espoir de, soit soulager les déficits cognitifs ayant un impact sur le fonctionnement des usagers, soit d'accompagner leur traitement antipsychotique actuel afin de prévenir les rechutes psychotiques ou encore de mieux saisir leur expérience en lien avec la médication.

Les projets sont présentés et approuvés, au préalable, dans le cadre du dispositif légal du ministère de la Santé et des Services sociaux, par le comité d'éthique de la recherche; leur validité a été approuvée par le comité d'évaluation scientifique et la convenance institutionnelle est donnée par la DPSMDI. Le suivi éthique exigé est effectué via le logiciel Nagano.

Dans le cadre de la recherche, les usagers sont recrutés volontairement et consentent à l'étude de manière libre et éclairée. Ils participent aux démarches de sélection et de vérification de l'éligibilité. Ils reçoivent le/les traitements à l'étude gratuitement, fournis par le commanditaire pharmaceutique et transmis par la pharmacie de recherche de l'IUSMM. Les participants sont encadrés par une équipe de recherche constituée de psychiatres/chercheurs, infirmières cliniciennes de recherche, assistantes de recherche/évaluatrices cliniques et pharmaciens de recherche.

Le suivi étroit qui est effectué en cours d'étude permet la surveillance des effets secondaires et l'appréciation de l'évolution clinique des participants ainsi que la contribution à l'avancement de la science pharmacologique. Elle permet d'obtenir des données québécoises sur des traitements expérimentaux testés à travers le monde chez des personnes atteintes de schizophrénie. Cela s'inscrit dans la mission recherche de l'Institut et le désir d'élargir les options thérapeutiques de notre clientèle.

- ✓ *Troubles relationnels et de la personnalité*
  - Production d'un guide pour les familles et offre de formations et de supervisions en soutien à d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), notamment au centre jeunesse et au Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.
- ✓ *Troubles relationnels et de la personnalité | Recherche clinique*
  - Implantation d'un projet explorant le rôle de l'activité physique dans la régulation émotionnelle en contexte de trouble de personnalité limite.
  - L'équipe du service des troubles relationnels contribue également à la formation et à la supervision de différents partenaires du réseau. Un soutien clinique est offert, notamment aux centres jeunesse et à Tel-jeunes (interventions téléphoniques et par messagerie texto).
- ✓ *Unités de traitement et réadaptation intensive (UTRI)*
  - Bonification de la programmation clinique d'une activité de groupe de gestion du stress adaptée à partir du groupe Désstress et Progresse, développée par le Centre de recherche sur le stress humain.
- ✓ *Cliniques externes de 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale au Pavillon Rosemont*
  - Dans le cadre de la vaste transformation en santé mentale, la DPSMDI a opté pour le regroupement des cliniques externes spécialisées de 2<sup>e</sup> ligne. La majorité de ces cliniques étaient regroupées à l'IUSMM, mais il demeurait des cliniques de psychiatrie générales au Pavillon Rosemont. La Direction a donc décidé de réunir dans une même installation toutes les cliniques externes spécialisées. Cette démarche permet maintenant de favoriser le partage d'expertise et d'expérience. La Direction a donc procédé au déménagement des cliniques externes de Rosemont en janvier 2019.
- **Programme services hospitaliers**
  - ✓ *Unités d'hospitalisation*

Dans le cadre de la vaste transformation en santé mentale, la DPSMDI a opté pour le regroupement des unités de courte durée psychiatrique. En effet, la majorité de ces unités étaient regroupées à l'IUSMM, mais deux unités de courte durée psychiatriques ainsi que des lits de soins intensifs en psychiatrie étaient à l'HMR. La Direction a donc décidé de réunir dans une même installation toutes les unités d'hospitalisation de courte durée en santé mentale afin d'optimiser la fluidité dans l'allocation des ressources et des lits ainsi que pour favoriser le partage d'expertise et d'expériences. La Direction a donc procédé au déménagement de 52 lits (48 lits de courte durée et 4 lits de soins intensifs) de l'HMR vers l'IUSMM. De plus, ce regroupement permet maintenant d'offrir aux patients hospitalisés un environnement plus adapté et plus sécuritaire répondant à leurs besoins.

Les principales réalisations de l'équipe du développement et des programmes spécifiques

- **Programme de psychiatrie légale**

Au sein du service de psychiatrie légale, l'année 2018-2019 a été marquée par l'ouverture de l'unité de psychiatrie légale le 11 mars 2019. Cette nouvelle unité de 18 lits est située à l'aile 204 du pavillon Cloutier de l'IUSMM. Elle offrira des soins et services pour des usagers sous mandat de détention de la Commission d'examen des troubles mentaux nécessitant un

environnement et des services cliniques surspécialisés. Cette offre de service s'inscrit dans la mise en œuvre de la hiérarchisation des services de psychiatrie légale à Montréal.

Soutenue par des psychiatres engagés, ainsi qu'une équipe de professionnels bien établie, cette unité desservira des usagers du territoire de l'est et d'autres CIUSSS de Montréal. La programmation clinique de l'unité intègre des éléments de sécurité statique et dynamique, le tout, afin d'abaisser le risque à un niveau tel que l'utilisateur puisse, au terme de son séjour, intégrer un milieu de vie moins restrictif favorisant sa participation citoyenne. Finalement, plus de 34 employés œuvreront sur cette unité, offrant au personnel une opportunité unique de contribuer au développement d'une nouvelle offre de service, et ce, dans un environnement moderne des plus sécuritaire.

- **Programme psychiatrie en déficience intellectuelle**

Pour le Programme de psychiatrie en déficience intellectuelle (PPDI), l'année 2018-2019 aura permis d'amorcer le redéploiement de l'offre de service afin de desservir les personnes avec un TSA ayant un trouble mental sans déficience intellectuelle. L'offre de service du programme comporte deux volets :

- ✓ l'évaluation diagnostique de l'autisme chez l'adulte;
- ✓ le soutien clinique aux équipes traitantes en regard des particularités et des comorbidités psychiatriques associées à l'autisme.

De plus, le traitement surspécialisé en ambulatoire et hospitalier de l'adulte autiste présentant un profil particulièrement complexe est offert. Ce mandat est destiné aux personnes présentant des comorbidités psychiatriques incluant les troubles graves du comportement (TGC) ou de non-réponse aux interventions spécifiques ou spécialisées. Présentement, le volet d'évaluation diagnostic TSA est déployé au PPDI.

Finalement, dans le but de mieux répondre à cette clientèle et conformément aux recommandations du Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022, l'orientation et l'expertise du PPDI ainsi que la consultation des différents partenaires, il a été convenu de développer de manière progressive une équipe mobile TSA .

L'année qui se termine a aussi été marquée par des travaux de collaboration importants avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Ces travaux visent à réviser et implanter des mécanismes de concertation et des processus de collaboration afin d'assurer un partage d'expertise et de répondre adéquatement aux besoins des usagers qui reçoivent des services des deux organisations, tout en assurant le respect des missions respectives. Cela permet un meilleur suivi et davantage de fluidité avant, pendant et après l'épisode de soins.

Mentionnons aussi l'intégration dans une ressource résidentielle d'un usager hospitalisé depuis six ans via le projet DEM (dysfonctions exécutives majeures).

Finalement, l'actualisation au 31 mars d'un autre projet en collaboration avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal est la transformation de l'unité 426 en unité d'hébergement transitoire pour 16 patients ayant un statut de niveau de soins alternatifs (NSA) en attente d'une ressource communautaire au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Les usagers bénéficieront d'une programmation clinique axée sur la réadaptation afin de développer les acquis nécessaires pour intégrer une ressource communautaire lorsqu'elle sera disponible.

- **Module 12-25 ans | Poursuite de la mise en fonction de l'équipe Connec-T**

La transformation de la clinique Connec-T s'est poursuivie pendant l'année 2018-2019. Les services, d'abord offerts à la clientèle âgée entre 18 et 25 ans, se sont élargis à la clientèle 26 à 35 ans. D'autres phases suivront les prochaines années afin d'offrir des services aux jeunes de 12 à 18 ans. L'intervention précoce auprès des jeunes de 12 à 35 ans présentant

des symptômes émergents d'un trouble psychotique ou d'un trouble de personnalité limite, ainsi qu'à leurs proches, demeure la cible.

Pendant la période visée, la clinique a reçu 128 références pour le volet des premiers épisodes psychotiques et 69 références pour le volet trouble de personnalité limite (TPL). Afin de faciliter l'accessibilité, la référence peut maintenant provenir d'un médecin plutôt qu'uniquement d'un psychiatre. À terme, l'auto-référencement est visé, et ce, d'ici 2021. Soulignons que 16,5 postes équivalents temps complet dispensent les services au sein de cette clinique, une augmentation de 7 postes équivalents temps complet pour l'année 2018-2019.

La clinique s'est démarquée de plusieurs façons pendant la dernière année. La programmation clinique a été variée, comportant la thérapie cognitivo-comportementale, de la psychoéducation, le groupe *Défi-Rando*, l'activation par le sport, la cuisine collective, le groupe *jardin* et le groupe à *chacun son sommet* ainsi que la psychothérapie de groupe pour trouble de personnalité limite.

Pour le volet recherche, l'équipe a participé à deux cohortes du Groupe Kidscode (projet de Tania Lecomte), et a collaboré avec le groupe contrôle de thérapie cognitivo-comportementale (projet de Tania Lecomte). L'équipe a également apporté sa collaboration pour divers projets tels que : la thérapie d'aventure (projet de Dre Claire-Élaine Plamondon), l'application pour activer la clientèle (kinésiologie), la recherche sur le cannabis (projet du Dr Alexandre Dumais), la schizophrénie et fonctions cognitives (projet de Pierre Orban), le projet Clozapine (Dr Alexandre Dumais), la recherche qualitative sur l'utilisation de l'Invega Trinza (projet de Philippe Vincent) et AMONT (projet de recherche de l'Institut Douglas).

Sur le plan du rayonnement, il y a eu la présentation d'une affiche scientifique sur l'entraînement à la résilience à l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (Étienne Boucher, infirmier), un choix éclairé vers le rétablissement (aide visuelle présentant les différentes options de fréquences d'administration de la médication antipsychotique par Étienne Boucher, infirmier), un kiosque à la journée de sensibilisation de l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques à Gatineau ainsi qu'une présentation sur la clinique lors de la journée de formation pour les milieux scolaires organisée par la Clinique JAP (Chantal Cloutier, cheffe d'équipe et Milan Sinik, infirmier) pour le volet PEP.

En outre, la clinique a contribué à l'enseignement en accueillant de nombreux stagiaires (soins infirmiers et ergothérapie) ainsi que des résidents et des externes. Des formations sur le trouble de personnalité limite ont aussi été offertes.

## Les principales réalisations de la direction adjointe de l'hébergement

Du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019, 380 personnes différentes ont été admises à l'intérieur du réseau résidentiel en santé mentale de Montréal. Ce nombre représente 13 % du nombre de places totales. De plus, 195 autres personnes ont été relocalisées à l'intérieur du même réseau. Par conséquent, 20 % de mouvement a été créé à l'intérieur du réseau résidentiel durant cette période.

Déoulant du « Plan d'action NSA santé mentale de Montréal » un plan de mitigation a été mis en place. Dans ce plan, les règles de priorisation sont modifiées ciblant ainsi les usagers ayant un statut NSA et les usagers à relocaliser dans certaines ressources résidentielles de haute intensité. De plus, 24 places temporaires de haute intensité ont été développées afin de diminuer les délais d'attente des personnes hospitalisées dans les unités de courte durée en santé mentale.

En étroite collaboration avec l'ensemble des directions de soutien et les associations des ressources résidentielles, un travail d'harmonisation et d'implantation du « cadre de référence RI-RTF » a été réalisé pour les ressources en santé mentale et celles du SAPA.

Dans le cadre du plan de transformation de ses services, la DPSMDI a procédé au déménagement de deux unités de courte durée provenant du pavillon Rosemont de l'HMR. À cette fin, deux ressources internes de notre réseau résidentiel ont dû être relocalisées rapidement. Il s'agit de la ressource Charlemagne 2 située à l'unité 108 du pavillon Cloutier qui a été relocalisée à l'unité 405 du pavillon Lahaise le 10 septembre 2018 ainsi que la ressource transitoire située à l'unité 208 du pavillon Cloutier qui a été relocalisée vers l'unité 428 du pavillon Riel, le 13 octobre 2019. Tous ces pavillons se situent à l'IUSMM.

En septembre, la Fondation de l'IUSMM a financé les travaux et l'ameublement qui ont permis l'ajout d'un « bachelor » à la ressource de réadaptation pour jeunes adultes Paul-Pau. Cette place supplémentaire d'expérimentation permet d'augmenter les chances de réussite de jeunes adultes dans leur processus d'insertion communautaire. À cet effet, un reportage éloquent du réseau TVA a eu lieu en décembre dernier.

## Enjeux et priorités de la direction

La Direction doit poursuivre son grand plan de transformation des services. L'accès aux services de santé mentale de première ligne demeure un enjeu important qui sera priorisé dans la prochaine année au sein de la Direction.

Le développement d'équipes de proximité est également une priorité. L'ouverture de l'unité de psychiatrie légale en mars 2019 qui offre un service régional amènera aussi la Direction à poursuivre ses travaux sur la hiérarchisation des services de psychiatrie légale dans les prochains mois. Le développement du programme de psychiatrie neuro-développemental sera également dans les priorités de la Direction.

Enfin, le maintien de la désignation d'Institut universitaire en santé mentale sera une priorité dans la prochaine année et par le fait même tous les travaux entourant la mission universitaire en santé mentale.

## **Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique (DPJASP)**

### **Principales réalisations du continuum naissance**

#### **Accueil de stagiaires sages-femmes**

La construction d'une maison de naissance, juste à côté du CLSC de Mercier-Est, contribuera à améliorer l'accessibilité au suivi de grossesse de première ligne sur notre territoire; l'ouverture étant prévue pour l'automne 2019. En ce sens, pour la première fois, nous avons accueilli, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, des étudiantes sages-femmes inscrites au programme de baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Forte d'une approche concertée entre les représentants de l'UQTR, la responsable du service de sage-femme, l'équipe médicale et les équipes de périnatalité ainsi que la Direction de l'enseignement, cette expérience très positive se poursuivra en continuité.

#### **Suivis de grossesses dans la communauté**

Afin d'améliorer l'accessibilité et la possibilité d'accoucher près du domicile pour les femmes de notre territoire, nous avons comme objectif de réaliser 3 200 accouchements par année, ce qui représente une hausse de plus de 400 accouchements en comparaison des dernières années. Pour ce faire, la Direction s'est inscrite dans une démarche de recrutement de médecins de famille de la communauté, intéressés à faire du suivi de grossesse et à être rattachés à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour les références, consultations et accouchements. Cette démarche s'inscrit en cohérence avec la vision de la « *Politique de périnatalité 2008-2018* » ainsi qu'avec un prochain document de référence intitulé « *Organisation des services obstétriques 2018-2025* » qui sera diffusé prochainement. Il y a maintenant 17 lieux de suivi sur notre territoire. Il s'agit ici d'un bel exemple de coordination de soins en réseau interprofessionnel et interdisciplinaire.

#### **Politique d'allaitement maternel**

C'est avec fierté que nous annonçons la mise en place d'une politique d'allaitement maternel qui s'applique à toutes les mères et futures mères, à leur bébé ainsi qu'à leur famille qui reçoivent des soins et des services ou visitent les installations de notre CIUSSS. Celle-ci est en accord avec les initiatives reposant sur les meilleures pratiques en matière d'allaitement. Cette année, nous coordonnons des actions afin que la promotion de l'allaitement maternel et les services de soutien soient connus, fonctionnels et déployés de façon optimale sur notre territoire.

### **Principales réalisations du continuum pédiatrique**

#### **BBM dans la communauté**

L'acquisition de 26 bilirubinomètres (BBM) a permis d'actualiser un projet novateur pour la détection de l'ictère (jaunisse) lors de suivis postnataux dans la communauté, et ce, dans nos trois réseaux locaux sur le territoire. Un processus de dépistage de l'ictère néonatal est actuellement déclenché avec le nourrisson à la suite de sa naissance. L'acquisition de ces BBM permet aux infirmières en santé parentale et infantile de fournir les mêmes soins offerts en milieu hospitalier pour détecter l'ictère. Cet appareil portable, qui évalue la quantité de bilirubine sanguine chez le bébé, vient ajouter de l'information supplémentaire au jugement clinique de l'infirmière, lui permettant ainsi une détection précise. L'évaluation, faite sur place par les infirmières, favorise le bien-être des nouveau-nés et de leur famille, évitant des déplacements inutiles et stressants, tout en contribuant à désengorger les services hospitaliers. Grâce à la contribution de la Fondation de la Pointe-de-l'Île, nous sommes le premier CIUSSS à Montréal à avoir outillé nos infirmières avec un tel appareil!

### **Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (PQDSN)**

Depuis le 16 janvier dernier, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a débuté sa participation au PQDSN et est désormais reconnu à titre de centre de dépistage. Ce programme vise à détecter précocement la surdité présente à la naissance puis à initier les interventions thérapeutiques et de réadaptation nécessaires avant l'âge de six mois. Ce programme a connu une implantation complexe due à des normes strictes de qualité et d'homogénéité. Il a nécessité un important travail de collaboration entre les équipes de notre CIUSSS, le MSSS, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et le Centre universitaire de Santé McGill, notamment pour le déploiement du système d'information nécessaire au suivi.

### **Projet de saines habitudes de vie**

Sensible au bien-être et à la santé des jeunes âgés de 0 à 17 ans, l'équipe souhaite plus que jamais accentuer les efforts au chapitre de la prévention, de la sensibilisation et de la promotion des saines habitudes de vie. En ce sens, un projet de saines habitudes de vie a été implanté, en collaboration avec une école sur le territoire de la Pointe-de-l'Île, avec la contribution de l'entreprise Métro. Suite à quelques cohortes d'élèves, les résultats sont très positifs; certains parents ayant remarqué des modifications reliées aux habitudes de vie de leur enfant, et ce, même quelques semaines après la fin du projet. Nous prévoyons débiter diverses actions de promotion et de communication lesquelles permettront un déploiement plus large du projet dans les écoles de notre territoire.

## **Principales réalisations de l'équipe des services préventifs et généraux à la petite enfance et à la jeunesse**

### **Déploiement d'un modèle intégrateur de clinique jeunesse**

À la suite de la participation des différents acteurs impliqués auprès des jeunes de 12-25 ans des directions concernées et d'une patiente-partenaire, nous avons coconstruit un modèle intégrateur de clinique jeunesse. Une équipe multidisciplinaire, composée de médecins, d'infirmières (infirmière clinicienne, infirmière praticienne spécialisée) ainsi que de travailleurs sociaux, travaille de façon complémentaire afin d'offrir aux jeunes les services dont ils ont besoin. Au CLSC de Hochelaga-Maisonneuve, une salle d'attente spécifique pour les jeunes est maintenant aménagée.

### **Augmentation de l'efficacité des professionnels en milieu scolaire**

Avec le soutien et la collaboration du Service informatique, l'acquisition de 27 ordinateurs portables a été réalisée pour les professionnelles infirmières et hygiénistes dentaires œuvrant en milieu scolaire. L'accès à cette technologie leur permet d'être plus autonomes, efficaces et efficaces en leur évitant des déplacements inutiles vers les CLSC pour assurer la tenue de dossiers et consigner leurs interventions. Dorénavant, l'ensemble des professionnelles œuvrant en milieu scolaire est équipé adéquatement, une réalisation qui contribue également à la mobilisation des équipes.

### **Participation à la révision du déploiement du programme de santé dentaire**

En mai dernier, les hygiénistes dentaires du CIUSSS ont participé à trois jours d'atelier Kaizen, animés par la Direction régionale de santé publique (DRSP), afin de réviser les orientations en matière de services dentaires préventifs en milieu scolaire. Ainsi, tous les enfants des classes maternelles auront droit dorénavant à un dépistage buccodentaire systématique et les écoles les plus vulnérables sont ciblées pour assurer le déploiement de l'application de scellants. L'hygiène buccodentaire est l'un des principaux facteurs qui agit sur la santé et le bien-être des enfants, des adultes et des aînés. Une bouche et des dents saines sont garantes d'une bonne santé!

### **Signature de l'entente régionale de partenariat MEES-MSSS**

En avril dernier, le CIUSSS-EMTL a signé, en partenariat avec les quatre autres CIUSSS de l'île de Montréal et les cinq commissions scolaires, une entente régionale qui a pour objectif de convenir des mécanismes de collaboration et de complémentarité des services dans la perspective d'un projet commun, soit le soutien et le développement global des enfants, des jeunes et de leur famille. La présente entente concorde avec le « *Cadre de référence pour soutenir le développement et le renforcement d'un continuum de services intégrés pour les jeunes* » sur le territoire montréalais. Ce document s'adresse aux intervenants et aux gestionnaires de notre réseau et celui du réseau de l'Éducation, qui ont à mettre en œuvre les services intégrés ainsi qu'à leurs partenaires. Les services intégrés couvrent l'ensemble des dimensions de l'entente MSSS-MEES pour répondre le mieux possible aux besoins des enfants, des jeunes et de leur famille.

### **Principales réalisations de la coordination jeunes en difficulté et santé mentale**

#### **Implantation des conférences auprès de parents « *Mais qu'est-ce qui se passe avec toi?* »**

Le 8 février 2018 a eu lieu le lancement officiel du projet « *Repérage des jeunes en santé mentale* ». Un des volets de ce projet est la création de conférences en entreprise. Ainsi, depuis janvier 2019, le CIUSSS offre une conférence qui s'intitule « *Mais qu'est-ce qui se passe avec toi?* ». Les besoins étant grands et, dans le but de soutenir les activités de prévention dans le cadre de la Semaine nationale de la prévention du suicide et la Semaine de la santé mentale, cette conférence est également offerte à la population, où déjà plus de 110 personnes y ont assisté, en plus de celles qui assisteront aux nouvelles dates à venir. Dans la prochaine année, il est prévu de rejoindre plus de 400 autres personnes.

Cette conférence permet d'outiller les parents à reconnaître les premiers symptômes de problèmes de santé mentale chez les jeunes, à les soutenir, à maintenir la communication et à les orienter vers une aide professionnelle appropriée. Elle contribue également à diminuer la stigmatisation des jeunes avec des problèmes de santé mentale chez les personnes qui les côtoient et à augmenter la confiance des parents et des proches. Son contenu permet, entre autres, à différencier les situations normales de l'adolescence de celles possiblement associées à un problème de santé mentale.

#### **Ateliers sur le continuum langagier**

Dans le but de mieux répondre aux besoins des enfants présentant des défis liés à leur développement, la Direction a repensé le service d'orthophonie. Dorénavant, la technicienne en éducation spécialisée et l'orthophoniste travaillent en étroite collaboration dans une perspective de complémentarité des actions. L'offre de services débute par une conférence animée par l'orthophoniste, où les parents peuvent lui poser des questions et trouver réponses à certaines inquiétudes. Des ateliers de groupe composé de parents et d'enfants, animés par la technicienne, sont ensuite offerts pour la stimulation du langage. Durant ces ateliers, l'orthophoniste rencontre les parents et observe les enfants à différents moments. Selon les besoins et l'évolution de la situation de l'enfant, celui-ci reçoit une évaluation de l'orthophoniste.

Enfin, malgré les enjeux d'attente, les parents se disent très satisfaits de cette nouvelle structure qui leur permet de recevoir des techniques et des outils concrets à toutes les étapes; ils sont alors dans l'action et jouent un rôle significatif dans la stimulation du langage de leur enfant.

#### **Intervention auprès des pères avec l'organisme Oxygène et le lien Triple P**

Cette année, ayant à cœur l'importance de l'engagement paternel dans les services psychosociaux familiaux, l'équipe Jeunes en difficulté a poursuivi une réflexion sur les meilleures pratiques pour susciter une plus grande implication des pères dans les interventions ayant pour

but de répondre aux besoins des enfants et des jeunes. En collaboration avec la Maison Oxygène, des pères du territoire ont été invités à participer à un groupe de discussion, où les intervenants du CIUSSS se sont intéressés à leurs expériences vécues au sein des services psychosociaux et à leurs besoins de soutien et d'accompagnement dans leur rôle parental. Leurs perceptions ont ensuite été partagées avec une soixantaine de travailleurs sociaux de l'équipe Jeunes en difficulté, dans le cadre d'une activité ayant pour objectif la bonification de leurs pratiques auprès de cette clientèle à l'intérieur des services de suivi psychosocial et de groupe.

#### **Déploiement du programme Triple P (Pratiques parentales positives)**

La démarche réalisée auprès des pères a également été intégrée à l'intérieur du déploiement actuel de l'offre de services Triple P. Ceci a permis d'ajuster nos pratiques au sein de cette offre de services et ainsi nous permettre de rejoindre et de mobiliser davantage les pères. Triple P est un programme à données probantes qui vise à soutenir les pratiques parentales positives. Il représente une offre de services pertinente et ajustée aux besoins des parents d'enfants de 0-12 ans ayant des comportements difficiles. L'implantation du programme au CLSC de l'Est-de-Montréal, en 2016, a permis une réduction du nombre de familles en liste d'attente de service, par une réponse davantage adaptée et diversifiée. Il a donc été jugé pertinent de déployer Triple P à l'ensemble du territoire CIUSSS. Depuis l'année dernière, le programme est offert dans les CLSC Olivier-Guimond et de Hochelaga-Maisonneuve. Cette année, la formation d'intervenants aux CLSC de Saint-Michel et de Saint-Léonard permettra une offre de services supplémentaire et à proximité dans cette partie du territoire, favorisant ainsi l'accessibilité de ce programme à davantage de familles.

### **Principales réalisations de la santé publique**

#### **Nouvelle offre de services en matière d'insalubrité complexe dans les logements**

Pour répondre à la problématique d'insalubrité complexe pour laquelle une solution simple est souvent difficile à trouver, l'équipe a développé une nouvelle offre de services grâce à la mise à disposition d'outils de sensibilisation et de formation, la mobilisation de partenaires, la coordination des cas complexes et le soutien aux intervenants internes et externes. Au 31 mars 2019, 27 des 35 demandes acheminées à l'équipe ont été résolues. Ainsi, 97 % d'entre elles ont impliqué une ou des problématiques associées (p. ex. : des problèmes de santé physique ou mentale, etc.) et 59 % ont impliqué plus d'une problématique d'insalubrité (p. ex. : moisissure, vermines, punaises, etc.).

#### **Déploiement des Centres d'accès au matériel d'injection (CAMI)**

Afin que la distribution de matériel de protection (matériel d'injection, condoms, etc.), et que la prévention, le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang soient disponibles et facilement accessibles, l'optimisation et l'implantation de CAMI dans les CLSC du territoire ont été pris en charge par l'équipe. Ce projet comprend la réalisation d'une revue de littérature sur les meilleures pratiques, de laquelle a découlé la création de comités, la formation du personnel impliqué et le développement d'outils de transfert de connaissance. Ce service permet de déstigmatiser la personne utilisatrice de drogue injectable (UDI) et d'établir un lien de confiance avec elle en contribuant à sa réaffiliation au système de santé.

#### **Plan d'action pour un environnement sans fumée au CIUSSS-EMTL**

Le Plan d'action pour un environnement sans fumée a pour finalité d'influencer positivement les choix santé et de protéger les personnes qui travaillent ou qui fréquentent nos installations contre l'exposition à la fumée secondaire. Parmi les interventions réalisées, la signalisation d'une zone de neuf mètres à respecter par les fumeurs a été appliquée à toutes nos installations. De plus, 429 professionnels ont été formés pour optimiser notre capacité d'offrir du soutien à la clientèle le long des trajectoires de soins et services, de même que la création d'un réseau de soutien au développement de compétences et d'outils pour les professionnels et gestionnaires. Plusieurs autres actions sont planifiées au courant des deux prochaines années afin d'atteindre un environnement 100 % sans fumée sur l'ensemble de nos installations.

**Participation citoyenne : une pratique au cœur du développement des communautés**

L'équipe santé publique accompagne plus de 80 initiatives sur le territoire qui sollicitent la contribution de citoyens, qu'ils soient consultés pour orienter les priorités d'un quartier ou impliqués de façon active sur un comité ou un conseil d'administration. Bien ancré dans sa communauté et bien réseauté au sein de neuf tables de quartier et de multiples tables sectorielles et organismes, notre établissement contribue étroitement au développement local. Une pratique au cœur du développement des communautés de l'est de Montréal dont l'équipe est fière!

## **Direction des services multidisciplinaires (DSM)**

### **Direction adjointe – Volet opérationnel**

**Les principales activités réalisées par l'équipe des services et réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, audiologie, nutrition, inhalothérapie et électrophysiologie médicale)**

La DSM est un collaborateur important dans plusieurs chantiers avec plusieurs directions.

La DSM a effectué une participation active à l'élaboration et au déploiement de la planification précoce et conjointe de congés sur les unités de soins, notamment pour :

- la modification de la répartition des professionnels sur les unités de soins à l'HMR (distribution par unité vs spécialité);
- la révision du processus de référence pour les professionnels de la DSM ainsi que la refonte des formulaires;
- la révision des formulaires pour les services d'ergothérapie et de physiothérapie de l'IUSMM;
- la participation en chirurgie d'un jour à l'organisation de la planification des congés pour la clientèle chirurgie d'un jour;
- l'identification d'un intervenant social pour la prise en charge des dossiers « Outil de cheminement clinique informatisé » pour les patients non connus des CLSC du territoire du CIUSSS-EMTL.

En nutrition, plusieurs projets porteurs ont pu être réalisés, dont notamment :

- la participation à l'élaboration et au déploiement de la révision de l'offre de service alimentaire en CHSLD;
- la planification du projet de dépistage du risque nutritionnel dans les milieux de courte durée (HSCO ethmo).

En inhalothérapie et en électrophysiologie médicale, les actions d'harmonisation suivantes ont permis plusieurs améliorations pour notre clientèle :

- la consolidation des acquis pour le service de simulateurs cardiaques (Pacemaker) à l'HMR par l'ajout de formation externe pour les technologues en électrophysiologie médicale;
- la mise en place d'ordonnances collectives pour le volet inhalothérapie (sevrage de la ventilation mécanique, traitement du bronchospasme chez la clientèle pédiatrique de l'urgence);
- l'acquisition de nouveaux ventilateurs de soins critiques adultes, de néonatalogie et de transport;
- l'acquisition de l'appareil *PulmoVista* pour assurer le suivi de la fonction respiratoire durant la ventilation mécanique (rehaussement de l'enseignement);
- le développement d'un partenariat avec le centre Inspir'er pour les tests de fonction respiratoire pré et post réadaptation pulmonaire.

### ***Enjeux et priorités de la Direction des services multidisciplinaires***

- Des enjeux importants liés à l'embauche et à la rétention du personnel sont toujours présents. Nous travaillons conjointement avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques pour améliorer la situation de nos équipes.
- L'optimisation et la clarification des rôles dans un concept d'interdisciplinarité et de planification des congés précoces demeurent un questionnement qui sera adressé dans la prochaine année afin que chacun puisse exercer pleinement son rôle professionnel.

### **Les principales modifications apportées dans les services offerts**

- En réadaptation, la fluidité intersites pour améliorer l'accès aux services ambulatoires de physiothérapie et d'ergothérapie a été facilitée par la centralisation des listes d'attente dans eRVD.
- L'ajout de nutritionnistes en CHSLD pour améliorer l'état nutritionnel des résidents.
- En services courants, la réorganisation clinique a été complétée pour répondre à l'augmentation des volumes en CLSC.

### **Les principales activités des services courants, des centres de prélèvements, des accueils-réception et de l'équipe des services psychosociaux généraux (service social, psychologie)**

Les services de vaccination de la première ligne ont été beaucoup sollicités dans la dernière année, pour les raisons suivantes :

- à la suite de l'arrivée des nombreux demandeurs d'asile, une clinique de vaccination dans le centre d'hébergement temporaire (Boscoville) pour l'administration de vaccins, a été déployée durant la période estivale 2018;
- l'offre de service pour soutenir les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la vaccination contre la coqueluche pour les femmes enceintes.

Il faut aussi noter plusieurs chantiers mis en place grâce au dynamisme de nos équipes, dont notamment :

- l'implantation d'une clinique médicale de sans rendez-vous à Hochelaga-Maisonneuve à raison d'une demi-journée par semaine;
- la stabilisation des structures d'effectifs pour les huit centres de prélèvements et harmonisation des heures d'ouverture et des horaires;
- la collaboration au chantier organisationnel pour le développement d'un accueil intégré et harmonisé pour :
  - ✓ la fusion des lignes téléphoniques de la centrale de rendez-vous du CLSC Hochelaga-Maisonneuve avec celles des CLSC Olivier-Guimond et de Rosemont. Cette réalisation a permis de diminuer le délai d'attente pour l'utilisateur, a favorisé davantage le travail d'équipe, l'entraide, le partage des appels, l'esprit de collaboration et de communication entre les agentes qui travaillent dans les trois centrales de rendez-vous de Lucille-Teasdale;
  - ✓ l'uniformisation de la gestion des priorités sur les trois sites au niveau du suivi adulte;
  - ✓ la mise en place des rencontres hebdomadaires des spécialistes en activité clinique (SAC) interdirection.
- l'implantation du projet de numérisation du dossier médical électronique (Kinlogix) au CLSC de Saint-Michel.

### **Les principales activités des groupes de médecine de famille (GMF), du guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) et du centre d'expertise en maladies chroniques (CEMC) et bénévolat hospitalier**

- Le soutien au déploiement des groupes de médecine de famille réseau (GMF-R) pour huit de nos GMF.
- Le déploiement du processus de reconnaissance du Programme fédéral pour santé intérimaire pour les GMF-R.
- Le déploiement des cliniques hivernales du 15 janvier au 7 avril 2019 dans les GMF-R.
- La mise en place d'un processus de suivi de la performance des intervenants en GMF avec le déploiement d'un outil pour la saisie statistique.

- Le dépôt d'un projet de patient partenaire retenu et financé par le MSSS pour le centre d'expertise en maladies chroniques.

Et finalement, nous ne pouvons pas passer sous silence la contribution de nos trois équipes de bénévoles en santé physique : **56 323 heures de bénévolat réalisées par 463 bénévoles actifs.**

## **Direction adjointe – Volet pratiques professionnelles**

### **Les principales réalisations de la Direction adjointe du volet des pratiques professionnelles**

La Direction adjointe a participé activement à la réalisation de différents dossiers avec plusieurs partenaires, tant cliniques qu'administratifs. Voici, ci-après, quelques-unes de ces réalisations.

- Prévention du suicide : le dépôt officiel du protocole interdisciplinaire, l'implantation des procédures par les directions cliniques et le déploiement du plan de formation.
- Dans le cadre des activités du Centre d'excellence multidisciplinaire, l'organisation de 12 midis-conférences qui ont rejoint près de 1 000 professionnels de 50 disciplines différentes.
- Le déploiement de six groupes de codéveloppement animés par les conseillers cadres de la Direction, impliquant 49 professionnels d'encadrement clinique du CIUSSS.
- Le plan d'action pour la santé et le bien-être des hommes et le dépôt du rapport de profil d'utilisation de services des hommes de l'est de l'île de Montréal.
- La mise en place des travaux sur les trajectoires de soins, dont une première réalisation sur la trajectoire de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), en collaboration avec la Direction des soins infirmiers, la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique ainsi que la Direction des services professionnels.
- La création d'un portfolio pour présenter l'accès aux services du CIUSSS pour les médecins en GMF.
- L'implication dans de nombreux projets organisationnels comme : la planification précoce conjointe de congé, l'approche adaptée à la personne âgée, les cellules interdisciplinaires, le soutien autonomie aux personnes âgées, le régime de protection et l'encadrement clinique.
- La contribution à la mise en place de multiples formations portant sur l'interdisciplinarité, le plan d'intervention, le consentement aux soins, la tenue de dossier, la santé et le bien-être des hommes, la prévention du suicide, le partenariat de soins.
- La contribution au développement de nombreux outils cliniques, notamment le formulaire de collecte de données en éducation spécialisée et en physiothérapie, l'évaluation de la situation psychosociale, la grille d'analyse pour la gestion optimale des risques, le guide du processus d'appréciation de l'inaptitude de la personne à l'exercice de ses droits civils et à l'administration de ses biens.

### **Enjeux et priorités**

- La réalisation de deux projets de partenariat de soins (Centre d'excellence en maladie chronique – Parole-Onco).
- La définition des balises et des orientations pour les regroupements professionnels.
- Le déploiement du cadre de référence pour le développement des pratiques professionnelles.

### **Cliniques hivernales**

Les cliniques hivernales permettent à la population d'obtenir un rendez-vous rapide dans une clinique-réseau auprès d'un médecin de famille, pour des problèmes de santé mineurs ou des symptômes grippaux.

#### ***Objectifs des cliniques hivernales***

- Diminuer le nombre de visites dans les urgences.
- Offrir un accès rapide à un médecin de famille pour un problème de santé mineur.

#### ***Offre de service***

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, la période de couverture des cliniques hivernales s'est étalée du 14 janvier au 16 mars 2019. En raison des taux d'occupation élevés des urgences, le CIUSSS-EMTL a pris l'initiative de poursuivre l'ouverture des cliniques hivernales du 16 mars au 7 avril 2019.

L'ensemble des huit GMF-R du territoire ont accepté de participer au projet :

- Clinique médicale Angus;
- Clinique médicale Viau;
- Clinique-réseau Hochelaga;
- Clinique-réseau Maisonneuve-Rosemont;
- Collectif Médical
- Groupe de médecine familiale 3000;
- Polyclinique Levasseur;
- Polyclinique Pointe-aux-Trembles.

À noter que 87 % des plages horaires offertes par tous les GMF ont été utilisées.

#### ***Résultats***

Les cliniques hivernales ont obtenu de très bons résultats grâce à :

- une excellente collaboration des huit GMF participants;
- des réponses rapides du MSSS aux questions soulevées.

De nombreux défis demeurent, mais les résultats de l'hiver 2019 laissent supposer que les équipes impliquées seront en mesure de les relever en 2020.

## Direction des services professionnels (DSP)

### Les principales activités des équipes de médecine spécialisée

- ✓ **Prolongation des heures d'ouverture de la médecine de jour de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont**  
Dans le contexte de transformation des activités hospitalières et d'intensification des activités ambulatoires, le secteur de la médecine de jour a mis en place un horaire d'ouverture prolongé, permettant, depuis octobre 2018, l'accueil en soirée de patients nécessitant différents traitements ou activités d'investigation. L'ajout de cette plage horaire renforce l'accessibilité au plateau technique ambulatoire hospitalier et, par le fait même, permet de poursuivre les efforts de réduction des durées moyennes de séjour au niveau de l'hospitalisation.
- ✓ **Amélioration de l'accès à l'endoscopie**  
Depuis les deux dernières années, d'importants efforts ont été déployés afin d'améliorer l'accès aux examens endoscopiques. Le CIUSSS a réussi à éliminer sa liste d'attente hors délais avec la révision de la gestion des rendez-vous, le déploiement d'outils pour faciliter l'accès direct à l'examen sans passer par la consultation préalable avec les médecins spécialistes ainsi que la mise en place de différentes stratégies pour rehausser la performance en salle endoscopique. Un accès à l'examen à l'intérieur des délais prescrits est aussi offert depuis septembre 2018. Ce résultat permet d'aborder avec confiance le déploiement, dans les prochaines années, du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR).
- ✓ **Déploiement de la *Sustained Low Efficiency Dialysis (SLED)* aux soins intensifs de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale – Unité de soins critiques**  
Depuis mars 2019, la clientèle des soins intensifs de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale bénéficie de l'accès au traitement de SLED. Cette nouvelle offre est en place grâce aux efforts concertés des équipes médicales de néphrologues et d'intensivistes, des équipes cliniques expertes de dialyse de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, ainsi que de travaux et de formation du personnel au cours de la dernière année. Auparavant, cette clientèle devait être transférée vers l'unité de soins critiques de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour bénéficier d'un traitement de dialyse.

### Les principales activités des équipes péri-opératoires et chirurgicales

- ✓ Une augmentation de la production chirurgicale de 3,6 % par rapport à 2016-2017; un total de 34 010 interventions ont été réalisées en 2018-2019 par rapport à 33 161 en 2017-2018, et 32 814 en 2016-2017.
- ✓ Une diminution significative des listes d'attente pour les chirurgies des patients de plus d'un an. À la période 1 en 2017-2018, il y avait plus de 518 patients en attente, alors que 154 patients figuraient sur la liste d'attente à la période 13 de l'année 2018-2019.
- ✓ Une amélioration de la prise en charge des listes pour les chirurgies oncologiques a été effectuée ainsi qu'une augmentation des cas de chirurgies oncologiques réalisés à l'intérieur de 28 jours et de 56 jours. Dans les faits, plus de 90 % des cas ont été opérés à l'intérieur de 56 jours, la cible étant de 100 %, alors que plus de 50 % (HMR) et de 70 % (HSCO) des cas ont été réalisés à l'intérieur de 28 jours.
- ✓ Au cours de l'année 2018-2019, plusieurs plateaux techniques (blocs opératoires) extérieurs au CIUSSS ont été utilisés pour différentes chirurgies, contribuant ainsi à la diminution des listes d'attente chirurgicales.
- ✓ La diminution quasi complète du recours à la main-d'œuvre indépendante infirmière (MOI) a été réalisée, ainsi que la stabilisation de la main-d'œuvre et l'augmentation de la rétention

du personnel de 50 %. Le pourcentage de MOI sur la main-d'œuvre totale de la coordination est de 1,4 %.

- ✓ Au centre de gestion de la douleur, 1 497 usagers distincts ont été vus en 2018-2019, pour un total de 6 266 jours-soins. La liste d'attente actuelle comprend plus de 2 600 usagers.

### **Les principales activités des équipes des affaires médicales**

- Nomination d'un coordonnateur médical pour le volet des CLSC et du soutien à domicile.
- Nomination d'un chef intérimaire au Département de médecine spécialisée.
- Recrutement de plus d'une trentaine de médecins formés au Québec (omnipraticiens et spécialistes) au sein du CIUSSS-EMTL.
- Recrutement de plusieurs médecins français dans le cadre du projet 150 du MSSS.
- Soutien aux visites du Collège des médecins du Québec.
- Soutien au comité d'examen des titres.
- Soutien à l'assemblée des chefs de départements et coordonnateurs médicaux.
- Réorganisation de l'administration du secrétariat du CMDP.

### **Les principales activités des équipes des archives (secteurs hospitaliers et communautaires)**

Pour l'année 2018-2019, les faits saillants ayant marqué le Service des archives sont :

- Relocalisation du personnel des archives des CLSC et de l'IUSMM (70 personnes relocalisées) et déménagement des dossiers d'usagers du CLSC de Saint-Léonard et du pavillon Cloutier vers le pavillon Lahaise de l'IUSMM. Ces initiatives ont permis de libérer les locaux qui seront maintenant utilisés pour des services à la clientèle.
- Numérisation des dossiers antérieurs du CLSC Olivier-Guimond permettant de libérer les locaux qui sont maintenant utilisés pour des services à la clientèle.
- Prise en charge de la gestion des dossiers incomplets pour les CHSLD du territoire de Saint-Léonard-Saint-Michel, permettant ainsi de répondre aux exigences du Collège des médecins du Québec :
  - ✓ travaux préparatoires à l'implantation de l'index patient organisationnel;
  - ✓ démarrage de la numérisation des dossiers de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) permettant de rendre ces dossiers disponibles malgré le déménagement des archives dans une autre installation;
  - ✓ optimisation de processus qui ont permis l'amélioration des divers délais dans les tâches liées aux archives (numérisation, accès à l'information);
  - ✓ collaboration avec les divers secteurs pour l'amélioration des processus;
  - ✓ déploiement de la saisie à l'écran pour plusieurs secteurs de l'HMR;
  - ✓ soutien aux partenaires dans leur réorganisation (ex. : mise en place du centre multiservices gériatrique, déménagement des activités de santé mentale du Pavillon Rosemont vers l'IUSMM);
  - ✓ participation à divers comités (ex. : trauma, accès intégré et harmonisé aux services).

### **Les principales activités des équipes en cancérologie**

- Implantation de la technique de traitement avec inspiration bloquée (DIBH) pour les cas de cancer au niveau du sein gauche : maintenant un standard offert à toutes les patientes traitées au niveau du sein gauche. Cette technique diminue l'exposition du cœur aux radiations tout en assurant un standard de qualité dans l'administration de nos soins.

- Transfert électronique des résultats de laboratoires vers le dossier électronique de la radio-oncologie Mosaïq. En plus de permettre aux médecins et membres du personnel d'avoir accès aux informations en temps réel à même le système électronique de la radio-oncologie, ceci a permis de diminuer le nombre de documents imprimés et manipulés par les différents employés du service.
- Aménagement de la salle d'attente en salon pour la clientèle :
  - ✓ acquisition de meubles offrant ainsi un environnement complémentaire aux activités d'oncologie intégrative de Croire. Les fonds ont été amassés dans le cadre du Défi caritatif Banque Scotia 2018.
- Développement de logiciels de radiophysique :
  - ✓ déploiement d'un programme de formation en radioprotection et d'un protocole d'étalonnage sur la plateforme WEB QATracks+ utilisée internationalement et permettant, entre autres, la gestion des données d'assurance qualité en radiothérapie et en imagerie médicale;
  - ✓ vente de plusieurs logiciels au fabricant d'équipements de traitement.

Le service de radiophysique a continué d'être actif en enseignement universitaire et en recherche avec plusieurs présentations et publications.

- Intégration au programme d'assurance qualité du programme de greffes d'un nouveau cahier de normes assurant l'encadrement des activités de thérapie cellulaire utilisant les cellules immunes effectrices. Ces cellules sont utilisées pour combattre les cancers hématologiques ou les infections virales.
- À la suite de la réalisation d'une étude clinique par des hématoncologues, le programme de greffes du CIUSSS (incluant l'unité d'aphérèse, l'unité de soins 5CD et le Centre d'excellence en thérapie cellulaire) s'est qualifié auprès des compagnies pharmaceutiques produisant les traitements cellulaires CAR-T (Récepteur antigénique chimérique) en tant que seul site de traitement adulte au Québec. Les «CAR-T cells» sont des cellules du patient qui ont été génétiquement modifiées pour attaquer les cellules cancéreuses.

La trajectoire des patients a été définie et les processus ont été arrimés. Les outils cliniques ont été développés et un programme de formation a été déployé au sein des équipes. Les audits réalisés par les pharmaceutiques ont été réussis.

Cet axe d'excellence de notre établissement, par son programme d'assurance qualité exceptionnel, permet d'offrir aux patients d'hémo-oncologie-greffe les meilleurs soins disponibles en termes médical, de sécurité et de qualité. Les indications des CAR-T sont pour l'instant limitées, mais de nombreux nouveaux traitements sont présentement en développement ou en essai clinique.

- Grâce au partenariat avec le Centre de commercialisation en immunothérapie du cancer (C3i), de nombreux projets de production commerciale de produits de thérapie cellulaire sont réalisés au Centre d'excellence en thérapie cellulaire. L'expertise de cette équipe apporte un grand rayonnement au CIUSSS.
- Le premier module du système de gestion électronique de la qualité « Omni assistant » a été préparé. Près de 1 000 documents s'y retrouvent. La gestion documentaire au sein des équipes d'oncologie sera gérée à l'aide de ce système qui permet d'améliorer l'efficacité et la qualité de la gestion documentaire. Le déploiement est actuellement en cours.
- Les collaborations avec les patients partenaires se sont poursuivies durant la dernière année, amenant de nombreuses retombées, soit trois projets de recherche impliquant des patients partenaires qui sont en cours. De plus, l'enseignement fait aux patients en

préchimiothérapie et en préchirurgie a été révisé et un programme de formation des nouveaux patients partenaires de ces activités a été développé.

## Les principales activités des équipes en imagerie médicale

- **Gestion des ressources humaines**

La création d'une équipe volante pour le programme transversal en imagerie pour les différentes installations a permis une meilleure organisation du travail. De plus, une garantie d'heure à temps complet, pour une période de deux ans, a engendré une attraction importante et une rétention des nouveaux stagiaires dans un contexte de pénurie de technologues en radiologie au Québec. Une diminution considérable du temps supplémentaire a été constatée, allant jusqu'à 50 % dans certains secteurs.

- **Équipements**

- ✓ L'ajout de deux salles d'échographie musculosquelettique à l'HMR a permis d'offrir un meilleur accès pour ce type d'examen et d'accueillir davantage de résidents en radiologie dans ce secteur d'expertise.
- ✓ Le délai de réalisation 0-3 mois est passé de 83 % en P1 à 95 % en P12.
- ✓ Le chantier majeur de l'appareil de tomodensitométrie-3 de l'HMR aurait pu réduire considérablement l'offre de service pour une période de six mois (plus de 33 % de la production était à risque). Grâce à une réorganisation de ce secteur et au déplacement de la clientèle ambulatoire sur le quart de nuit, ce chantier n'a pas eu d'impact sur la clientèle et la réorganisation a même permis une augmentation de 89 patients. Il y a eu une augmentation globale de 252 patients en 2018-2019 pour l'ensemble de l'HMR, et ce, malgré l'enjeu d'effectifs médicaux.

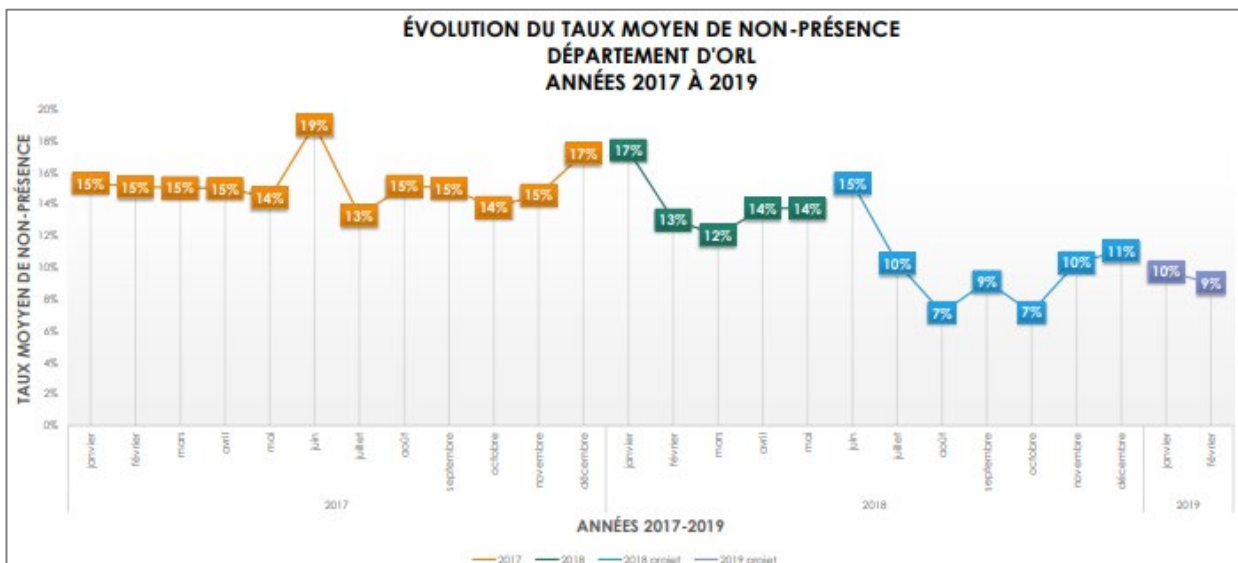
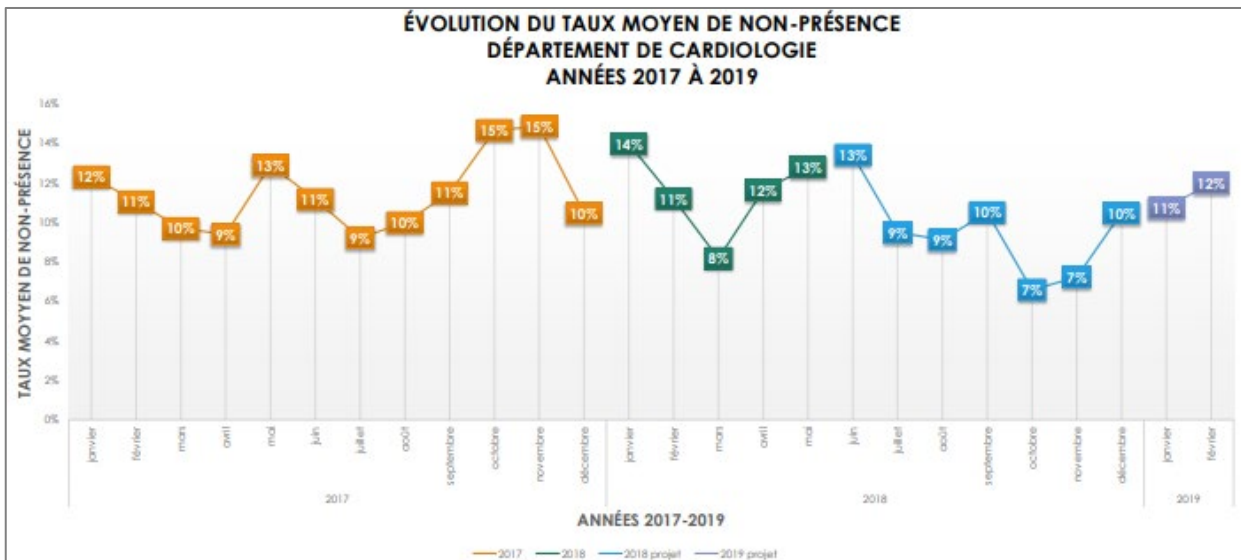
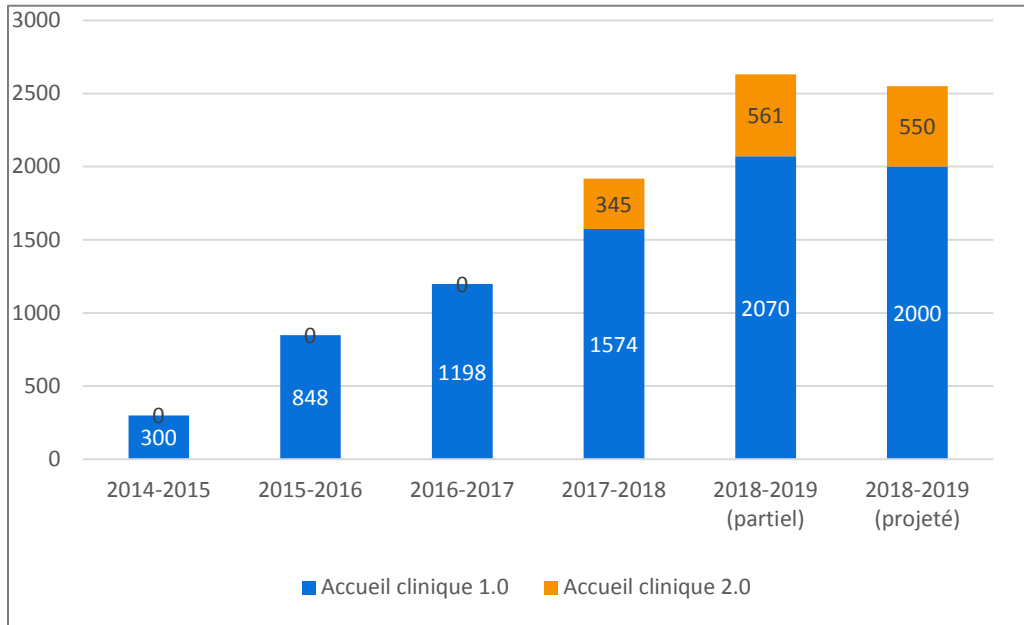
- **Accès**

Nous atteignons actuellement une moyenne de 80 % dans les secteurs de l'imagerie pour la réalisation des examens dans un délai de 0-3 mois. Plusieurs partenariats ont été mis en place avec les laboratoires d'imagerie médicale avoisinant au CIUSSS, ainsi qu'avec le guichet de la capacité résiduelle. Ceci a permis de transférer 3 024 patients pour toutes les modalités.

## Les principales activités des équipes de mécanismes d'accès

- **Accueil clinique** : considérant l'augmentation significative de l'achalandage, autant en provenance des urgences que des omnipraticiens du territoire, l'accueil clinique a permis d'influencer à la baisse l'achalandage de l'urgence.
- **Centrale de rendez-vous et cliniques externes de l'HMR** : un projet d'amélioration des processus clés de la gestion des rendez-vous est en cours afin de permettre de répondre aux besoins du patient en matière d'accès à un rendez-vous en clinique externe.
- **Centre de répartition des demandes de service – imagerie (CRDS-i)** : la coordination des plages résiduelles en imagerie médicale pour Montréal a permis d'augmenter l'accès aux patients pour un examen en radiologie, plus spécifiquement pour l'échographie, et ce, en utilisant les plages non utilisées dans le réseau montréalais.
- **Cliniques externes de l'HSCO** : révision de processus aux cliniques externes en cours afin de permettre de mieux répondre aux besoins des patients et de créer un système de gestion de la liste d'attente.
- **Accès priorisé aux services spécialisés (APSS)** : la réalisation d'un dossier d'affaires octroyé par la DGTI au CIUSSS-EMTL, en cogestion avec la Direction des ressources technologiques, a permis une meilleure traçabilité des demandes de services pour des conditions cliniques nécessitant de voir un spécialiste.

## Volumétrie de l'accueil clinique



## Les principales activités des équipes de médecine de première ligne

- Migration de toutes les cliniques-réseau (CR) vers le modèle des groupes de médecin de famille – réseau (GMF-R), et création d'un nouveau GMF-R à partir d'un GMF non CR.
- Création de cinq nouveaux GMF sur le territoire.
- Déploiement de ressources professionnelles dans tous les GMF.
- Augmentation de niveau GMF basée sur les inscriptions croissantes dans la majorité des GMF du territoire.
- Augmentation du taux d'assiduité de la clientèle dans la quasi-majorité de nos GMF.
- Création et développement de la table de première ligne regroupant des gestionnaires du CIUSSS, gestionnaires et médecins responsables des GMF, cliniques-réseau, GMF-R, CLSC, cliniques sans statut particulier, coordonnateurs médicaux de première ligne, chef de table locale du DRMG.
- Assistance aux diverses cliniques du territoire dans l'application du règlement sur les frais accessoires.
- Entente avec neuf cliniques du territoire pour la réorientation de la clientèle de type P4/P5, projet mariage, soins courants CLSC, soins à domicile.
- Déploiement des ressources appropriées en CLSC en vertu de la circulaire concernant le soutien administratif et infirmier en CLSC.
- Soutien des activités des tables locales du DRMG.
- Assurance du bon fonctionnement des GACO.

## Les principales activités des équipes en ophtalmologie

- **Intégration du télédepistage de la rétinopathie diabétique (TD-RD)**  
Nous avons intégré le projet de télédepistage de la rétinopathie diabétique aux activités courantes de la clinique ambulatoire d'ophtalmologie. Ce service, en croissance constante, permet, à peu de frais, d'élargir la couverture préventive à la population diabétique desservie par le Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) du CIUSSS. Il permet aussi d'accroître l'accessibilité aux ophtalmologistes rétino-logues qui peuvent ainsi concentrer leur attention à répondre aux besoins de la clientèle prioritaire ainsi qu'aux nouvelles consultations.

L'exemple des activités de l'équipe pour le mois de décembre 2018 est probant; des 150 personnes diabétiques qui ont été imagées et analysées par le personnel infirmier, 11 patients seulement ont été orientés vers un traitement médical et cinq autres, pour une consultation auprès d'un ophtalmologiste surspécialiste de la rétine. Cette contribution novatrice de la profession infirmière permet de suivre préventivement la maladie par télé-médecine jusqu'à un stade de gravité plus avancé où elle requiert véritablement l'attention du médecin spécialiste.

- **Développement du télédepistage de la dégénérescence maculaire liée à l'âge**  
Les acquis du projet TD-RD permettent de lancer en 2019 le développement du projet télédepistage de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Élaborée sur les mêmes principes de prévention et collaboration interdisciplinaire, l'intégration de cette clientèle permettra d'améliorer la qualité et l'offre de service auprès de la population du territoire.
- **Réalisation de l'autonomie chirurgicale, un projet visant l'amélioration de la qualité**  
La prise en charge complète de l'encadrement du personnel et du bloc opératoire du Pavillon Rosemont, sous la gestion du Programme d'ophtalmologie, vise l'amélioration de l'expertise infirmière et l'augmentation de la qualité des services offerts en chirurgie tertiaire et quaternaire en ophtalmologie.

L'intégration et l'orientation de chef d'équipe infirmière, infirmière et infirmière auxiliaire au programme d'ophtalmologie contribuent à accroître la sécurité des soins, le niveau de

satisfaction des clients et de l'équipe médicale. L'amélioration de la productivité réalisée en 2018-2019 n'est pas étrangère à l'intégration de la chirurgie au programme, en constatant l'augmentation des priorités opératoires octroyées à l'ophtalmologie et la réduction marquée du nombre de priorités abandonnées. Ces résultats se reflètent sur l'augmentation du nombre de clients opérés et l'amélioration des délais d'attente.

La prise en charge de la chirurgie ophtalmologique vise à améliorer le sentiment d'appartenance des équipes, à réduire l'absentéisme et à faciliter la recherche et l'enseignement universitaire.

- **Un microscope à la fine pointe de la technologie au service des patients**

Le CIUSSS bénéficie du tout premier microscope opératoire équipé d'un système de tomographie par cohérence optique au Canada. Grâce à cet appareil à la fine pointe de la technologie (Opti Lumera 700 avec Rescan, Zeiss inc.), les patients peuvent dorénavant obtenir une chirurgie assistée par tomographie optique intraopératoire. Cette technologie est particulièrement utile pour pratiquer des greffes de cornée modernes et complexes de type DALK (*Deep Anterior Lamellar Keratoplasty*) ou DSAEK (*Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty*).

Ces chirurgies impliquent une dissection de la cornée dans son épaisseur pour ne remplacer que la partie défectueuse. La tomographie par cohérence optique utilisée pendant l'intervention permet au chirurgien une grande précision, en plus de réduire l'impact sur la profondeur à laquelle il travaille dans la cornée et de s'assurer du bon positionnement du greffon. La qualité et le taux de succès de la chirurgie s'en trouvent substantiellement améliorés.

Ce microscope avec OCT intégré contribuera à réduire le taux de complications. Il sera aussi utile pour effectuer des chirurgies délicates de la rétine et pour traiter certaines pathologies du glaucome. Avec cet ajout précieux, le CUO poursuit sa mission de développer et d'appliquer des technologies de pointe en ophtalmologie, pour le bien-être des patients du Québec.

## **Les principales activités des équipes de la pharmacie**

- Fermeture de la pharmacie de la Pointe-de-l'Île : les CHSLD Biermans et Pierre-Joseph-Triest sont maintenant desservis par la pharmacie de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), ceux de François-Séguenot et Judith-Jasmin par la pharmacie du CHSLD Joseph-François-Perrault, et le CHSLD Rousselot par la pharmacie du CHSLD Jeanne-Le Ber.
- Mise en place de la numérisation pour l'envoi des ordonnances pour les installations de Lucille-Teasdale.
- Mise en place d'une procédure pour les substitutions automatiques.
- Mise en place d'un comité pour l'évaluation de l'acte pharmaceutique.
- Transfert de la gestion de la médication des lits de psychiatrie de Rosemont vers l'IUSMM.
- Mise en place de la couverture clinique en CHSLD par des pharmaciens avec un ratio de 0,4 équivalent temps complet par 100 lits d'hébergement.
- Accréditation pour deux stages en pharmacie pour les unités de l'urgence et de la médecine interne à l'HSCO.
- Participation et atteinte des objectifs au projet ministériel OPUS – phase 1 pour la diminution de l'utilisation des antipsychotiques en CHSLD.
- Implantation d'un service standardisé pour la distribution des pansements médicamenteux pour l'ensemble des installations du CIUSSS.
- Implantation de formulaires pour les ordonnances médicales, les feuilles d'administration des médicaments 24 h et 7 jours et le bilan comparatif de départ.

## **Les principales activités des équipes de prévention et de contrôle des infections**

- Comités «Équipes-Qualité» pour le Service de prévention et de contrôle des infections : volets CIUSSS, communautaire et hospitalier.
- Présentation aux syndicats, avant la version finale, de la politique sur l'hygiène des mains.
- Campagne sur l'hygiène des mains dans toutes les installations du CIUSSS.
- Réalisation d'audits sur l'hygiène des mains par les services (unités de soins, secteurs de l'imagerie médicale, etc.).
- Accès assuré à des ressources consacrées à l'hygiène des mains telles que la cafétéria côté terrasse de l'HMR, unité de soins intensifs de l'HMR, unités de soins HMR-HSCO (libellé Agrément), etc.
- Diffusion en continu sur les écrans numériques du CIUSSS.
- Politique de gestion des éclosions.
- Rédaction de la politique de gestion des dispositifs médicaux réutilisables prêtés, empruntés, partagés, consignés ou loués.
- Rédaction de la procédure de gestion des dispositifs médicaux réutilisables prêtés, empruntés, partagés, consignés ou loués.
- Rédaction de la procédure de prénettoyage et transport des dispositifs médicaux souillés réutilisables sous forme de document de travail (en attente d'approbation de la Direction des soins infirmiers).
- Affiche pour le prénettoyage des dispositifs médicaux souillés réutilisables.
- Ordonnance collective «Initier un prélèvement dans le but de dépister les usagers susceptibles d'être porteur de BGNPC».
- Dépistage systématique des bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC) des usagers admis à l'HSCO.
- Développement du site intranet : lignes directrices et documents de références ainsi que notification d'alerte, outils d'information, guides, vidéos de formation, etc.
- Feuillet CT-BGNPC pour lequel nous avons consulté des patients partenaires ainsi que des usagers/famille sur les unités de soins ou les résidents en CHSLD.
- Participation au projet de construction du nouveau Centre intégré de dialyse.
- Feuillet de gestion des éclosions.
- Collaboration pour le feuillet «Soyez partenaire de votre sécurité».
- Bonification du tableau du jour à l'aide d'un tableau cumulatif des cas nosocomiaux des multigermes.
- Collaboration au projet «Maison des naissances».
- Conférence portant sur la prévention des infections de l'hôpital à la maison, donnée dans le cadre du 6<sup>e</sup> Colloque de soins interdisciplinaires en chirurgie CIUSSS-EMTL.
- Développement du partenariat avec les services des blocs opératoires (HSCO, HMR), unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).
- Élaboration du plan d'action 2018-2019 par les conseillères en prévention et contrôle des infections volets hébergement et santé mentale.

## **Rédaction de dossiers particuliers**

- Troisième exercice de consultation sur la pertinence clinique auprès du corps médical avec récolte de plus de 120 mesures.
- Recrutement de médecins pour l'administration des demandes d'aide médicale à mourir, aiguillage des demandes via la réception en formule de guichet centralisé et soutien pour remplir des formulaires transmis à la Commission sur les soins de fin de vie.
- Déploiement d'un modèle alternatif de salle de pilotage tactique de type sectoriel permettant de réunir des secteurs travaillant sur des projets communs.
- Mise en place de comités pour la planification du nouveau Centre intégré de dialyse Raymond Barcelo.

## Direction des soins infirmiers (DSI)

### Les principales activités de l'équipe du volet opérations

#### Urgence, unités de médecine et chirurgie et service régional de soins à domicile

Nos équipes sont engagées dans une démarche constante d'amélioration continue. Différentes approches sont en cours à cet effet, notamment grâce aux calendriers d'audits, aux comités d'amélioration continue, etc.

Les stations visuelles opérationnelles ont été mises en place à la DSI. Déjà 74 % d'entre elles ont été implantées. Les gestionnaires utilisent cet outil de gestion pour permettre aux équipes de participer à la recherche de solutions et à l'identification de certains enjeux qui les touchent dans leur quotidien.

#### ***Épisode de soins d'urgence***

##### *Principales activités et réalisations*

- Poursuite de la réorientation des P4-P5 vers les 10 cliniques GMF du territoire (moyenne mensuelle de 15 % des inscriptions réorientées).
- Confirmation du Centre secondaire désigné pour l'AVC (accident vasculaire cérébral).
- Implantation du code trauma pour la mise en tension à l'HSCO.
- Harmonisation des ordonnances collectives pour les couchers directs dans les deux urgences (HSCO et HMR) afin d'appliquer les meilleures pratiques et les prises en charge médicales.
- Implantation des comités de triage dans les deux urgences (HSCO et HMR) et des comités médico-nursing afin d'assurer le suivi et l'application des meilleures pratiques pour les infirmières et les équipes médicales.
- Livraison finale de la dernière étape pour la nouvelle urgence de l'HMR, soit le secteur de décontamination.
- Implantation et rehaussement du système de monitoring cardiaque pour l'urgence de l'HSCO.
- Intégration de la clinique de la relance dans les locaux de l'urgence de l'HMR afin d'améliorer la fluidité et d'aider au désengorgement de la salle d'attente de l'urgence.
- Implantation des simulations mensuelles en traumatologie pour l'urgence de l'HSCO et réanimation pour l'urgence de l'HMR.
- Implantation de la nouvelle trajectoire de santé mentale reliée à la fermeture des services offerts au Pavillon Rosemont de l'HMR vers l'urgence de l'HMR et l'IUSMM afin d'améliorer la fluidité.

#### ***Épisode de soins en médecine et chirurgie***

##### *Principales activités et réalisations*

- **Volet médecine**  
Les travaux pour la trajectoire AVC se sont poursuivis pour la phase aiguë et hyper aiguë entre l'urgence et l'unité du 9AB à l'HMR. Nous avons élaboré la formation sur le plan interdisciplinaire individualisé et offert une formation à l'équipe dédiée de l'unité AVC. Nous avons réalisé une révision du formulaire de dépistage de la dysphagie et un aide-mémoire sur les préalables aux essais de déglutition. De plus, nous avons déployé une formation pour les personnes-ressources à l'urgence et à l'unité AVC pour le dépistage de la dysphagie. Les résultats de nos actions sont probants auprès de la clientèle.

Une des unités du volet médecine a contribué significativement à une innovation particulière cette année. En effet, l'équipe de la néphrologie a été activement impliquée à la réalisation de la première greffe de visage au Canada.

- **Volet chirurgie**

Les équipes de chirurgie ont travaillé en continu tout au long de l'année pour la mise en place, ainsi que la consolidation des meilleures pratiques en soins infirmiers pour le suivi de la clientèle pré et postopératoire sur les unités de soins, notamment la fréquence des signes vitaux, les dosages et la gestion de la douleur aiguë en postopératoire (l'évaluation, l'administration de la médication, le suivi post administration des opioïdes). Un aide-mémoire sur la trousse de Narcan au chevet du patient a été déployé auprès des équipes, ainsi que les capsules d'information afin de bien encadrer les interventions requises lors d'une dépression respiratoire.

Le développement et la consolidation de l'approche pour une récupération rapide en postopératoire font partie des objectifs en continu depuis 2013 :

- ✓ formation d'infirmières novices deux à trois fois par année;
- ✓ formation des équipes pour les nouvelles approches PTH-PTG en mode accéléré;
- ✓ planification de nouvelles clientèles à venir en chirurgie thoracique et gynécologique.

À travers le projet 5S en cours actuellement à l'HMR, nous avons optimisé l'espace sur une des unités, ce qui est à la fois bénéfique pour la clientèle et pour toute l'équipe interdisciplinaire.

La révision des regroupements des unités chirurgie de l'HMR, en octobre dernier, a marqué un tournant pour le développement des compétences pour nos équipes.

L'année s'est terminée par la 7<sup>e</sup> édition du Colloque interdisciplinaire en chirurgie avec 340 participants.

### **Service régional des soins à domicile**

L'année 2018-2019 a été l'occasion de souligner le 50<sup>e</sup> anniversaire de la création du Service régional des soins à domicile (SRSAD) en août dernier. À cet effet, le SRSAD a reçu une mention et une plaque commémorative remise par la directrice générale de l'Association pulmonaire du Québec, Mme Dominique Massie, lors du Colloque en santé respiratoire organisé par le Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire (RQESR) qui s'est tenu à Montréal, les 8 et 9 novembre 2018.

De plus, afin d'améliorer en continu la qualité des soins et des services ainsi que l'efficacité des services pour le bénéfice de la clientèle, deux réalisations importantes ont eu lieu au courant de l'année, soit :

- l'utilisation de la réception du SRSAD a été analysée sur l'heure du dîner comparativement aux heures de la journée. À la suite de cette analyse, les constats ont permis de modifier les heures d'ouverture de la réception et de suspendre la plage horaire de 12 h à 13 h 30. L'ensemble des parties prenantes concernées ont été avisées de cette modification. Un gain notable a été réalisé sur l'organisation globale du travail du secteur administratif au SRSAD, et ce, aux bénéfices de la clientèle;
- le secteur du contrôle technique au SRSAD a été optimisé avec l'affectation de deux inhalothérapeutes dédiés à ce secteur. Cette réorganisation a permis de diminuer la charge de cas des inhalothérapeutes à domicile, ainsi que la charge de cas du coordonnateur technique qui initiait le suivi en contrôle technique. À ce jour, 600 patients sont suivis à distance par le contrôle technique.

### **Service de liaison médecin et chirurgie**

Le Service de liaison médecin et chirurgie est un des partenaires de l'équipe interdisciplinaire qui travaille à planifier et à organiser le congé des patients. L'implication de cette équipe dans le projet de la planification précoce conjointe des congés (PPCC) sur les unités de soins de médecine et de chirurgie s'avère importante. Il a été nécessaire d'ajuster l'offre de service du secteur de la liaison afin de répondre à la vision du projet.

Les différentes étapes réalisées durant l'année 2018-2019 ont été les suivantes :

- sensibilisation des infirmières de liaison par rapport à l'importance de leur rôle dans la planification précoce des congés, l'évaluation et l'orientation des patients;
- mise à niveau des connaissances de l'ensemble de l'équipe de liaison pour l'HMR;
- participation aux différents ateliers en vue du déploiement des unités pilotes;
- contribution à la conception et à la création de nouveaux outils cliniques;
- participation aux premiers pilotes sur les unités;
- affectation progressive d'une infirmière de liaison par unité de soins à l'HMR.

### **Enjeux**

Les enjeux sont le recrutement et la rétention du personnel, de même que le développement des compétences dans un objectif de mise en place des meilleures pratiques dans une offre de services ajustée aux pratiques avancées, et le temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire (TSO).

### **Les principales activités du volet des pratiques professionnelles et de l'excellence en soins infirmiers**

- Tenue d'activités de fidélisation pour les nouveaux employés sous une formule de 5 à 7, en partenariat étroit avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (IPS, CEPIS, externes, PBSI).
- Membre promoteur du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF), organisation mondiale qui a pour mission de faciliter la mise en réseau de la communauté infirmière dans tout le monde francophone, de mettre en valeur le leadership infirmier et de promouvoir la contribution de la profession infirmière à la santé des populations.

### **En collaboration étroite avec plusieurs directions du CIUSSS, les activités suivantes ont été réalisées :**

- Préparation et soutien aux directions cliniques et, plus particulièrement, les secteurs visés par la visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec.
- Soutien au déploiement de la pratique infirmière avancée.
- Consolidation du continuum de services AVC pour la clientèle.
- Déploiement de la PPCC afin d'améliorer le cheminement de la clientèle et les délais d'admission.
- Accueil, formation et soutien des nouvelles apprenantes en soins infirmiers (0-2 ans) dans leur intégration, incluant le soutien aux infirmières jumelles.
- Accompagnement des chefs et des employés lors de suivis de probation et suivis de compétences.
- Soutien et élaboration des programmes de chutes, mesures de contrôle et surveillance accrue.
- Rédaction de la politique sur la surveillance accrue « Encadrement du recours, de l'ajustement et de la cessation de la surveillance accrue des usagers ».

- Conception et implantation d'un programme de développement des compétences infirmières en oncologie.
- Développement et implantation d'un protocole interdisciplinaire de soins et traitements à l'usager atteint de cancer de la prostate recevant des traitements de curiethérapie.
- Consolidation des pratiques d'administration et de manipulation de médicaments dangereux antinéoplasiques.
- Collaboration avec le programme de suppléance rénale à l'implantation de la SLED aux soins intensifs.
- Collaboration à la formation du personnel en soins à domicile pour la dialyse péritonéale assistée automatisée.
- Collaboration pour l'élaboration d'une OIP sur la vaccination pré-immunosuppression chez la clientèle adulte.
- Collaboration à la transplantation faciale (soutien clinique auprès des équipes).
- Collaboration au plan d'action sur la qualité.
- Soutien et déploiement au programme pour une récupération rapide.
- Consolidation des meilleures pratiques en soins infirmiers sur la gestion de la douleur.
- Conception d'une offre de service en soins de plaies.
- Implantation d'un projet pilote d'intégration d'un candidat à l'exercice de la profession infirmière (CEPI)/infirmières novices en hébergement (six cohortes) avec l'élaboration d'un nouveau programme d'orientation.
- Amorçage d'un projet pilote d'intégration d'externes en soins infirmiers en hébergement.
- Élaboration d'un tronc commun d'orientation à l'embauche CEPI/infirmières (HMR et HSCO).
- Révision du programme d'orientation à l'embauche des infirmières auxiliaires de l'HMR.
- Rehaussement des modalités de l'orientation théorique offert à l'embauche pour favoriser une intégration optimale du personnel infirmier provenant d'agence de placement (main-d'oeuvre indépendante) à l'HMR, l'HSC et l'IUSMM.
- Révision du programme d'orientation des professeurs de stage en centre hospitalier.
- Déploiement d'un nouveau programme d'orientation et de développement de l'apprentissage par simulation aux soins intensifs (HSCO).
- Soutien à l'intégration des CEPI aux soins intensifs (HMR et HSCO).
- Collaboration de la conception d'une OIP d'admission pour la clientèle de soins intensifs.
- Soutien à l'intégration des stages des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en milieu hospitalier.
- Collaboration à la révision du programme d'orientation en endoscopie.
- Analyse des modèles d'organisation du travail en endoscopie (HMR et HSCO).
- Soutien au déploiement du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) (HSCO).
- Collaboration au maintien des exigences du statut de Centre de traumatologie (HSCO).
- Soutien au déploiement des pratiques infirmières du soutien à domicile aigu pour la clientèle d'insuffisance cardiaque.
- Collaboration à l'analyse de plaintes et d'événements sentinelles.

### **Rayonnement**

- Plusieurs communications scientifiques effectuées lors du Congrès du SIDIEF en France (mai 2018) :
  - ✓ Seriez-vous surpris si je mourais bientôt? Les soins palliatifs en hébergement.
  - ✓ Colloque annuel interdisciplinaire au personnel infirmier en chirurgie – véritable succès.
  - ✓ Soutien aux candidates infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL).
  - ✓ Implantation de la prescription infirmière : quand innovation rime avec collaboration.
  - ✓ Leadership infirmier et l'approche d'une récupération rapide en chirurgie digestive.
  - ✓ Méthodes d'enseignement innovatrices pour le rehaussement des connaissances cliniques en chirurgie.
  - ✓ Élaboration du guide « Préparation à la chirurgie » en partenariat avec les patients.

- ✓ Thérapie de relais à la péridurale en gestion de la douleur postopératoire : une pratique innovatrice.
- Coordination de l'octroi des Bourses TD au personnel en soins infirmiers, en collaboration avec la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

### **Réalisations des conseillères cliniciennes en soins infirmiers (CCSI) et de la chef de service des IPS**

- **Dossier MPOC**  
Participation, en collaboration avec d'autres directions, au développement de la trajectoire MPOC. Participation au comité de travail mis en place par le CHUM dans l'élaboration d'une formation continue partagée portant sur les télésoins en matière de MPOC.
- **Soins palliatifs**  
Plusieurs séances de formation ont été données au personnel des centres hospitaliers, du soutien à domicile et des CHSLD. Ces formations ont rejoint plus de 500 personnes et portaient sur des sujets variés tels la prise en charge des symptômes respiratoires chez la clientèle palliative, les maladies pulmonaires en fin de vie ou encore l'insuffisance cardiaque terminale.
- **Prévention du suicide**  
La Direction des soins infirmiers a collaboré avec la Direction des services multidisciplinaires à la rédaction du protocole interdisciplinaire en prévention du suicide. Ce dernier a été déployé lors de la semaine de prévention du suicide et a permis à 363 infirmières de recevoir une formation, de participer à un atelier de perfectionnement ou d'assister à une conférence sur la prévention du suicide. Le développement de ces nouvelles pratiques en prévention du suicide a également permis de présenter le projet au congrès de l'Association canadienne pour la santé mentale, de même qu'au colloque annuel de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.
- **Prescription infirmière**  
Le projet d'implantation de la prescription infirmière se poursuit actuellement de façon transversale, offrant ainsi à la population du territoire une meilleure accessibilité aux soins et une continuité de services accrue. Le bilan annuel démontre une nette progression dans l'atteinte de la cible fixée avec 87 % des infirmières ciblées ayant obtenu leur attestation de prescrire auprès de l'OIIQ. Ce projet a d'ailleurs fait l'objet d'une présentation lors du dernier congrès du SIDIIEF.
- **Dossier des infirmières praticiennes spécialisées**  
Cette année, nous avons accueilli six nouvelles infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne, ce qui porte à 29 le nombre total d'IPS œuvrant au CIUSSS en première ligne et auprès de la clientèle adulte. Nous avons également procédé à l'intégration d'IPSPL dans de nouveaux milieux de soins comme les CHSLD, au centre de santé petite enfance, en clinique jeunesse et à l'équipe de proximité. Par ailleurs, de nouveaux milieux de stages ont été développés afin de permettre d'accueillir les étudiantes IPS en soins aux adultes dans des disciplines variées telles la cardiologie, la pneumologie ou la gastroentérologie. Enfin, une communication par affiche au Congrès du SIDIIEF a permis de présenter notre projet de soutien aux candidates IPSPL.
- **Implantation du programme clinique Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en hébergement**  
Ce programme a pour objectif principal de prévenir et de réduire les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) par l'approche non pharmacologique. Ce programme a été présenté au Congrès annuel de l'OIIQ 2018.

- **Soutien à domicile**

Parmi les nombreux projets développés au cours de la dernière année, mentionnons le développement d'une trajectoire de soins infirmiers pour la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque et pour celle souffrant d'insuffisance rénale terminale. Ces trajectoires permettent notamment la prise en charge à domicile de problématiques de santé qui, autrement, nécessiteraient le recours aux services hospitaliers. Nous collaborons également aux travaux menés par la DSI nationale sur les activités de soins infirmiers confiés à des aides-soignants.

### **Enjeux et priorités**

- Offre de services en lien avec les priorités organisationnelles.
- Promotion du rayonnement du Centre d'excellence en soins infirmiers du CIUSSS.
- Poursuite du déploiement de la formation ministérielle sur l'évaluation de la condition physique et mentale – consolidation dans l'action avec du soutien clinique sur le terrain.
- Poursuite de la contribution au plan d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement (évaluation du matériel).
- Soutien au processus encadrant la visite d'Agrément Canada.

## LES DIRECTIONS ADMINISTRATIVES

### Direction de la logistique (DL)

#### Les principales réalisations de l'équipe de la logistique

L'augmentation de l'efficacité et de l'efficacités des secteurs de l'établissement et des partenaires d'affaires est l'une des pierres angulaires des efforts de la Direction de la logistique. En voici les principales réalisations.

- Le regroupement des entrepôts de longue durée (anciens CSSS et IUSMM) en un seul entrepôt a permis d'augmenter le niveau de service à 98,5 % et de réduire les bris liés à l'accessibilité aux produits pour de meilleurs soins aux patients.
- La participation, en collaboration avec les soins cliniques, à plusieurs projets d'amélioration continue (5S) et à de nouveaux projets immobiliers (pavillon d'hémodialyse, bloc opératoire HSCO) a rendu possible l'optimisation des flux de matériels et la réduction des coûts pour les unités visées.
- Le processus de prise en charge du réapprovisionnement des unités de soins poursuit sa progression, ce qui permet de libérer du temps aux ressources cliniques.
- La centralisation de l'offre de services des transports a permis une mutualisation des services et une réduction des coûts.
- La phase 2 de la brancarderie à l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale a été déployée avec la prise en charge du transport des prélèvements internes ne nécessitant aucun investissement supplémentaire de la part du CIUSSS-EMTL.
- La phase 1 de la gestion des petits équipements de thérapie à pression négative pour l'HMR et l'HSCO a été mise en fonction, générant ainsi des économies annuelles de plus de 100 000 \$.
- Le déploiement d'un système de transmission électronique des données a favorisé l'augmentation de l'efficacité du traitement et du paiement des commandes, et a généré des réductions de coûts. Cette réalisation positionne le CIUSSS comme l'un des chefs de file de cette technologie de pointe au sein du réseau de la santé et des services sociaux.
- De concert avec les directions cliniques, un effort soutenu pour harmoniser et standardiser les fournitures médicales, et conséquemment réduire le coût des soins, est en processus de déploiement.

## **Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ)**

### **Les principales réalisations des équipes de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique**

#### **Équipe de gestion intégrée des risques**

- Révision de la procédure sur la divulgation de l'information nécessaire et les mesures de soutien à un usager et aux proches à la suite d'un accident afin d'inclure la rétroaction suite à une divulgation.
- Mise à jour de l'évaluation des risques organisationnels et des risques d'affaires.
- Adoption de la politique et de la procédure de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.
- Travail de proximité de l'équipe dans les différentes directions pour identifier leurs enjeux et les pistes d'amélioration en lien avec la prestation sécuritaire.

#### **Équipe d'amélioration continue et de l'éthique**

- Création de liens de collaboration avec les différents acteurs du CIUSSS et coconstruction de l'offre de service de l'Espace partenariat en santé et services sociaux (EP3S), mise en place du processus de recrutement et de la banque de patients partenaires.
- Collaboration pour la mise en place du comité qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires permettant d'arrimer et d'intégrer la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires et de soutenir la mise en œuvre, au niveau opérationnel, de l'amélioration continue du CIUSSS.
- Appropriation du nouveau cycle 2018-2023 de la démarche d'agrément et poursuite des activités liées à l'amélioration continue de la qualité.
- Mise en place de mécanisme de consultation et de concertation en éthique, ainsi que la création d'un comité d'éthique clinique et organisationnel (CÉCO).

#### **Équipe de la planification, performance et intelligence d'affaires**

- Animation de la salle de pilotage stratégique qui a permis de soutenir l'alignement des actions concertées et un suivi collectif des objectifs de l'établissement. Le déploiement à 74 % des salles de pilotage tactique, qui permettra d'atteindre l'objectif de 80 % au 31 mars 2020. Enfin, déploiement de 226 stations visuelles opérationnelles au sein de l'établissement, soit 62 % de l'objectif visé.
- Accompagnement du Service performance et coordination des projets organisationnels avec la facilitation de 31 nouveaux projets de type « amélioration de la performance, gestion de projet ou résolution de problèmes ».
- Le Service infocentre et intelligence d'affaires a répondu à plus de 300 demandes de soutien et réalisé 20 projets de développement d'outils d'aide à la décision, notamment des outils portant sur trois grands chantiers critiques du CIUSSS-EMTL, soit l'urgence, la chirurgie et les patients ayant un statut de niveau de soins alternatif.
- Une trajectoire de soins et de services des patients atteints de MPOC a été révisée selon les meilleurs standards.

#### **Équipe de l'évaluation**

- Conception de l'indice de l'expérience patient qui permet d'avoir une vision globale de la perception des utilisateurs de services sur la qualité des soins et des services qu'ils ont reçus.

- L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention a amélioré son processus d'élaboration des questions d'évaluation en collaboration avec les acteurs de la Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance.

### **Enjeux et priorités**

- Déployer plus largement l'Espace partenariat en santé et services sociaux ainsi que le recrutement des patients partenaires pour augmenter le nombre de projets concernant le partenariat de soins.
- Intégrer la démarche d'amélioration continue de la qualité, de l'éthique et de la gestion des risques au quotidien et dans le système de gestion existant.
- Développer des projets qui intègrent l'interdisciplinarité et la richesse des expertises présentes dans la direction, notamment en soutien à l'amélioration des trajectoires de services et à la continuité des soins et services pour plus de simplicité pour la clientèle.
- Assurer une intégration réussie des mandats liés à la maltraitance, à la gouvernance des données, à la sécurité informationnelle et à la certification des résidences privées pour personnes âgées (RPA).
- Stimuler la mission universitaire dans la Direction.

## **Direction des projets immobiliers majeurs (DPIM)**

### **Déploiement de la Direction des projets immobiliers majeurs**

Créée en août 2017, la Direction des projets immobiliers majeurs a comme rôle principal de coordonner la réalisation des grands projets immobiliers du CIUSSS-EMTL, et ce, dans le respect des directives de gestion des projets majeurs d'infrastructures publiques.

Elle soutient les intervenants dans l'élaboration des étapes des différents projets et s'assure de la qualité des dossiers d'opportunité et des dossiers d'affaires dans le but de livrer des infrastructures qui répondent aux besoins exprimés, et ce, en respectant les coûts, la portée du projet et l'échéancier. Le déploiement de la Direction et la dotation des postes d'encadrement se sont accentués depuis l'été 2018.

### **Modernisation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour 1,8 milliard de dollars**

Le 2 mars 2018, le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a annoncé un important financement de 1,8 milliard de dollars pour la modernisation des installations de soins de santé, d'enseignement et de recherche de l'HMR. La lettre ministérielle a été émise le 24 avril 2018, autorisant l'établissement à procéder à l'élaboration du dossier d'opportunité.

Ce projet prévoit une reconstruction de la majorité des bâtiments de l'hôpital en deux pôles distincts. Le premier pôle regroupera les services de soins de santé au sein d'un même ensemble, le second rassemblera toutes les activités de recherche, d'enseignement et de cancérologie.

Les nouveaux édifices accueilleront davantage de lits, répartis dans des chambres individuelles et seront beaucoup plus complets et fonctionnels. En plus des installations cliniques, le concept global inclura un centre intégré de cancérologie, un centre du savoir, un centre universitaire d'ophtalmologie et un centre de recherche. Le coût global du projet, évalué à 1,8 milliard de dollars (en 2018), sera précisé lors de l'élaboration du dossier d'opportunité.

Le dossier d'opportunité permettra notamment de préciser les paramètres et le budget. Un montant de 25 M\$ est autorisé pour la réalisation de cette étape et de l'ensemble des études requises, notamment la réalisation du plan clinique CIUSSS selon un horizon 2036, et du programme fonctionnel.

Ce projet d'envergure offrira un environnement adapté aux équipes de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, dans une perspective CIUSSS multisectorielle et interdisciplinaire, afin de repousser les limites et d'offrir des soins toujours plus performants au bénéfice de la population de l'Est de Montréal.

### **Agrandissement et réaménagement du bloc opératoire et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale**

En juin 2018, le MSSS autorisait le démarrage du projet d'agrandissement et de réaménagement du bloc opératoire et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale. Ce projet consiste en la construction de huit salles de chirurgie et d'une nouvelle unité de retraitement des dispositifs médicaux. Une enveloppe budgétaire de 48 M\$ a été autorisée pour la réalisation du projet.

Durant l'automne 2018, le plan clinique et le programme fonctionnel, établis selon un horizon 2036, ont été transmis au MSSS pour commentaires. L'analyse immobilière est en cours de réalisation par la Société québécoise d'infrastructures.

Grâce aux locaux plus vastes et répondant aux plus hautes normes en vigueur, les services de chirurgie seront plus accessibles et seront offerts dans un environnement convivial et fonctionnel, à la fois pour les patients et le personnel.

## **Direction des ressources financières (DRF)**

En début d'année, la structure organisationnelle de la Direction des ressources financières a été révisée. Ainsi, le directeur des Ressources financières relève dorénavant du président-directeur général du CIUSSS.

À la suite des résultats financiers de l'année 2017-2018, différents mandats ont été attribués à des firmes externes pour analyser objectivement la situation budgétaire de l'établissement et pour permettre une meilleure lecture et compréhension des données. De plus, une évaluation de la croissance des activités en fonction des volumes a démontré que le financement n'a pas suivi la croissance des services offerts pour certains secteurs ciblés. Appuyé par le comité de vérification et le Conseil d'administration, l'établissement a rapidement réagi à cette réalité et demandé un soutien financier en lien avec l'offre de service du CIUSSS.

Parallèlement, l'établissement a mis en place un plan d'action stratégique pour améliorer la situation financière. Un nouveau plan d'équilibre budgétaire (PEB) prévoyant le retour à l'équilibre budgétaire à la fin de l'exercice 2020-2021 a été proposé et accepté par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Des efforts importants ont été investis dans l'amélioration de la qualité de l'information financière au moment opportun. Des travaux d'envergure ont été entrepris avec l'ensemble des directions, en vue d'actualiser la révision de la comptabilisation des dépenses afin que ceux-ci reflètent avec exactitude les trajectoires optimales de services à dispenser à la population.

Par ailleurs, dans le cadre de l'amélioration de la performance et afin de mieux outiller les gestionnaires, un rapport complémentaire a été créé permettant de distinguer les écarts budgétaires selon la volumétrie, le coût unitaire et la productivité.

Le principal défi pour l'année financière 2019-2020 sera de respecter notre cible budgétaire prévue tout en s'assurant d'une pérennité de la santé financière du CIUSSS.

### **Coût par parcours de soins et de services**

Cette réforme engagée par le ministère de la Santé et des Services sociaux vise à introduire une méthode de financement à l'activité axée sur le patient qui permettra un mode d'allocation des ressources en lien direct avec le patient, les soins prodigués et leur financement. Suite à l'amorce des travaux en 2017-2018, l'équipe dédiée à la Direction des ressources financières, en étroite collaboration avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, a participé activement aux deux premières phases d'implantation et de consolidation des différentes étapes nécessaires à l'implantation du coût par parcours de soins et de services.

### **Démarche LEAN**

Tenant compte de l'évolution constante de l'organisation et du contexte financier actuel, une démarche LEAN a été entreprise afin d'améliorer les délais de production des évaluations financières des projets. Cette démarche a impliqué la collaboration de plusieurs directions reliées aux différents projets organisationnels.

### **Enjeux de ressources humaines**

La rareté des ressources humaines professionnelles et d'encadrement demeure un enjeu important qui impose à la Direction des ressources financières d'avoir recours à des consultants externes.

### **Projet GRH-Paie**

L'optimisation des processus de rémunération des ressources du CIUSSS-EMTL s'est poursuivie grâce au travail de collaboration entre la Direction des ressources financières et la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

## Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques est soucieuse du bien-être de ses employés. Elle a donc accordé une place importante à tous les enjeux reliés à la présence au travail et a mis en place différents moyens afin de prévenir les absences, de maintenir un environnement de travail sain et sécuritaire, et de favoriser une réintégration durable au travail. Elle a également développé plusieurs stratégies de soutien aux gestionnaires dans leur rôle essentiel dans ce dossier.

Ainsi, afin de véhiculer l'importance accordée par l'organisation à la présence au travail, une vaste campagne de communication sur le thème **Je participe PRÉSENT** a été déployée dans l'ensemble des installations du CIUSSS. Cette campagne rafraîchissante, valorisante et humaine avait comme objectif de reconnaître la contribution quotidienne de chaque membre du personnel. Les témoignages de 156 employés, qui se démarquent par leur assiduité et par leur participation active au travail, ont été mis en valeur sur les différentes plateformes de communication de l'organisation.

Devant le besoin grandissant d'intervenir sur les enjeux de présence au travail dans le réseau, le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé cet automne, un projet de création d'équipes de soutien à l'amélioration continue en prévention, au sein des établissements. Une équipe de trois conseillers est donc maintenant en action au CIUSSS. Elle détient le mandat exclusif d'accompagner les gestionnaires et leurs équipes afin de dégager les éléments favorables et défavorables au développement ou au maintien d'un environnement de travail sain, sécuritaire, mobilisateur et attractif. Cette démarche est basée sur les principes d'un système de management de la santé et de la sécurité au travail (SMSST) qui privilégie l'engagement de la direction et la participation des travailleurs. Des indicateurs de performance en santé et sécurité du travail (SST) permettront de mesurer l'impact des interventions de cette équipe et d'assurer l'amélioration continue en SST.

Par ailleurs, l'organisation doit s'assurer de soutenir les personnes en invalidité pour favoriser leur réintégration au travail. C'est pourquoi une offre de service pour la préparation du retour au travail a été développée grâce au concours d'une ergothérapeute. En quelques mois, celle-ci a été en mesure de compléter une soixantaine de plans de retour au travail et d'accompagner plus de 100 employés dans leur réintégration. La démarche s'appuie sur différents principes, tels que :

- la participation active de l'employé dans son processus de rétablissement et de retour au travail;
- la participation de divers acteurs afin d'assurer un retour durable et satisfaisant, tant du point de vue de l'employé que de l'employeur.

Enfin, deux activités ayant pour objectifs d'aider les gestionnaires à bien cerner leur rôle et à les outiller dans leur gestion de la présence au travail ont été mises sur pied. Un Carrefour des cadres spécial portant sur les enjeux de santé mentale au travail a été organisé et un parcours de formation faisant état du rôle essentiel du gestionnaire dans la santé physique et psychologique des employés a été développé.

### Le développement du leadership

Au cours de l'année, les gestionnaires du CIUSSS ont pu bénéficier d'une offre variée de stratégies de développement. Tout d'abord, grâce à une collaboration avec le centre de documentation du CIUSSS, une veille informationnelle sur les bonnes pratiques en leadership a été instaurée permettant une amélioration continue des connaissances en gestion. De plus, les gestionnaires ont pu profiter d'un accompagnement en *coaching* afin de parfaire leurs compétences en gestion.

### Formation continue des individus et gestion des talents

Le CIUSSS est fier d'avoir été novateur dans sa prestation de service, en adaptant ses approches aux besoins variés de ses clientèles et en misant sur l'optimisation du transfert des apprentissages.

Ainsi, la diffusion de formations sur des horaires flexibles, la maximisation des soutiens à l'apprentissage, dont le *coaching* terrain et l'ajout de technologies interactives permettant aux participants de jouer un rôle plus actif et de mesurer leur apprentissage, auront tous été des exemples de stratégies mises en œuvre en ce sens.

D'autre part, le déploiement d'une nouvelle plateforme d'apprentissage, actuellement en cours, est un bel exemple du virage pédagogique vers des méthodes plus adaptées d'accès aux formations. Elle constitue aussi un levier pour une collaboration de développement et de rayonnement renouvelée avec la recherche.

Finalement, un programme de gestion des talents est en plein essor, misant sur la poursuite de solutions combinant opportunité de développement à enjeu organisationnel pour l'amélioration de l'expérience employé.

STATISTIQUES ANNUELLES DE FORMATION		
	2017-2018	2018-2019
Nombre de participants distincts formés	9 813	9 511
Nombre de participants non distincts	32 515	35 154
Nombre de thématiques (niveau 1) sur nombre total	428 (niveau 1) sur 1 656	494 (niveau 1) sur 1 984
Sommes dépensées en formation	5 441 658,38 \$	6 066 697,71 \$
Heures de formation globales	31 493 heures	42 816 heures
Nombre d'activités de formation	7 531	6 229

### Négociations des quatre conventions collectives locales

Après un exercice de négociation locale qui s'est échelonné sur près de 11 mois avec les diverses instances syndicales, le CIUSSS-EMTL compte, depuis le 3 février 2019, quatre conventions collectives locales. Ces nouvelles conditions de travail touchent la presque totalité de des salariés, soit 14 000 employés. Ces négociations locales ont toujours été faites afin de permettre d'assurer la réalisation de la mission du CIUSSS, tant pour le présent que pour le futur, et d'offrir des conditions de travail attractives et favorisant la rétention du personnel.

Afin d'assurer la mise en application des nouvelles règles de conventions collectives ainsi que l'harmonisation des pratiques de gestion et des processus internes, l'ensemble des gestionnaires a été formé.

### Stabilité et recrutement de main-d'œuvre

Afin de s'assurer de la rétention de la main-d'œuvre, plusieurs actions ont été entreprises dans la dernière année, entre autres :

- la création de près de 150 nouveaux postes de préposées aux bénéficiaires;
- le rehaussement de postes à plus de 350 préposées aux bénéficiaires à un minimum de sept jours de travail par deux semaines;

- plus de 1 000 infirmières sur des postes à temps partiel ont reçu une offre de rehausser leur poste à celui de temps complet. Près de 400 infirmières ont accepté le rehaussement;
- le rehaussement en cours pour près de 80 infirmières auxiliaires à la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Le CIUSSS a redoublé d'efforts en termes de recrutement. Plusieurs actions ont été mises en place dans la dernière année afin de recruter du personnel qualifié en quantité suffisante. Outre les actions traditionnelles de recrutement, le CIUSSS a :

- amélioré son partenariat avec la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île pour favoriser la formation de la relève (cohortes de formation dans les installations du CIUSSS). Cela a valu au CIUSSS d'être finaliste au prix ESTIM 2018 de la Chambre de commerce de l'Est de Montréal;
- réalisé deux activités de fidélisation de la relève en Soins infirmiers qui ont permis d'accueillir près de 200 candidats;
- amélioré les offres d'emploi et la création de nouveaux postes;
- réalisé une campagne de recrutement majeure : *Passez à l'Est!*

Au 31 mars 2019, le CIUSSS a recruté plus de 2 050 personnes.

### **Campagne de recrutement « *Passez à l'Est* »**

Une campagne publicitaire de grande envergure a été déployée sur le territoire de l'est de Montréal et en périphérie afin de soutenir les efforts de recrutement de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. Sous la signature « *Passez à l'Est* », cette campagne multiplateforme visait non seulement à recruter 2 000 nouveaux candidats annuellement de différents titres d'emplois, mais également à mettre en valeur l'atout unique de l'est de Montréal, soit sa communauté tissée serrée et son fort potentiel de développement économique.

### **Les Rendez-vous du PDG**

Fort de succès obtenu en 2017-2018, la tournée de *Rendez-vous du PDG* s'est poursuivie dans les différentes équipes de l'organisation. Intéressé à demeurer proche et informé de la réalité des personnes travaillant au CIUSSS, tout en partageant sa vision, ses orientations et ses priorités, le PDG du CIUSSS a rencontré en cours d'année 26 équipes sur invitation des gestionnaires. Les propos tenus lors de ces rendez-vous privilégiés ont permis de suggérer des pistes d'action et d'amélioration pour le bénéfice des usagers et du personnel, de même que d'éclairer la prise de décision, au besoin. Depuis le tout début des *Rendez-vous du PDG*, en octobre 2017 et jusqu'en octobre 2018, le PDG aura vu 64 équipes soit 1 151 personnes.

### **Lutte à la maltraitance**

En vue de sensibiliser le personnel et les gestionnaires à la maltraitance envers la clientèle aînée et les adultes en situation de vulnérabilité, une campagne interne visant à promouvoir la bientraitance a été réalisée en juin 2018. Cette campagne a permis de produire une dizaine d'affiches différentes « *Ensemble pour la bientraitance envers nos usagers* », présentant des membres du personnel avec leur clientèle et des exemples de comportements appréciés par celle-ci.

Afin de faciliter la compréhension du personnel et des gestionnaires aux différentes étapes à franchir lorsqu'ils sont aux prises avec une situation de maltraitance envers des aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, une boîte à outils de lutte à la maltraitance a été réalisée. Succincte et conviviale, elle est constituée de définitions, de ressources internes et externes à consulter et d'un logigramme décisionnel avec les principales actions clés à entreprendre, telles que l'identification, la déclaration, la vérification des faits, l'évaluation des besoins et des capacités de la personne et d'autres interventions spécifiques.

## **Bilan médias**

En matière de couverture médiatique, l'année 2018-2019 se démarque par la richesse des interventions et des contenus, puisque plusieurs secteurs d'activités du CIUSSS ont occupé brillamment le devant de l'actualité. De grandes premières, des innovations techniques et cliniques, des expertises uniques, des découvertes étonnantes et des histoires touchantes et pleines d'humanité ont mis en valeur autant le personnel que la qualité des services offerts par l'organisation. Au total, plus de 900 apparitions dans les médias ont été répertoriées pendant l'année, dont 98 % sont à connotation positive.

Réalisée par le Dr Daniel Borsuk et le personnel de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, la première greffe du visage réalisée au Canada a captivé tant le grand public que les professionnels de l'information. Avec 247 apparitions répertoriées dans les médias, l'exploit de docteur Borsuk et de son équipe est une intervention qui force l'admiration et dont les retombées ont fait rayonner l'expertise du CIUSSS autant au Québec qu'à l'étranger.

L'acquisition d'un microscope opératoire équipé d'un système de tomographie par cohérence optique (OCT) à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est une autre grande première canadienne qui aura occupé l'attention des médias, avec près d'une vingtaine d'apparitions. De plus, la vétusté de certaines de nos installations et le coup d'envoi du projet d'agrandissement et de réaménagement du bloc opératoire et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale ont également été couverts dans les médias locaux et régionaux.

Enfin, en plus de faire des découvertes qui transforment tant la santé physique que mentale des usagers, nos chercheurs associés aux centres de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal ont, à eux-seuls, suscité respectivement 11 et 14 pourcent de l'ensemble de la couverture médiatique de l'organisation. De concert avec les chercheurs cliniciens, ils sont porteurs d'espoir et font l'objet d'une couverture médiatique qui fait rayonner le CIUSSS au-delà des frontières.

## ***De garde 24/7***

Depuis 2017, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a ouvert ses portes à l'équipe de tournage du Groupe Avanti pour la série *De garde 24/7*, qui a su mettre en lumière le travail des médecins, des infirmières et des professionnels de la santé de façon humaine, respectueuse et passionnée. Cette excellente série a permis au public de découvrir la réalité de la médecine actuelle à travers les yeux de ces professionnels, entre autres, à l'urgence, au bloc opératoire, en néonatalogie, en ophtalmologie, en orthopédie, ainsi qu'aux soins intensifs.

Acclamée par la critique et par les téléspectateurs, *De garde 24/7* a remporté plusieurs prix, dont sept Gémeaux. C'est une belle reconnaissance pour le travail de tous ces professionnels qui travaillent avec dévouement et humanité à offrir au quotidien des soins et services de qualité à tous leurs patients.

Tous les épisodes de la série *De garde 24/7* sont disponibles gratuitement sur [telequebec.tv](http://telequebec.tv), y compris les portraits des médecins, des infirmières et des patients.

## Direction des ressources technologiques (DRT)

### Principales réalisations de l'équipe des ressources technologiques

- **Rehaussement des mesures de cybersécurité sur les environnements Microsoft**  
En lien avec la stratégie de cybersécurité du MSSS et en collaboration avec l'équipe de la sécurité de l'information de l'établissement, une série de mesures de renforcement de la sécurité des actifs informationnels, plus précisément dans l'application des correctifs de sécurité ont été déployées depuis un certain temps. La DRT s'est engagée à appliquer les correctifs de sécurité selon un calendrier préétabli sur plus de 1 047 serveurs et 9 477 ordinateurs de bureau.
- **Réalisation de nombreux déménagements**  
La DRT a participé à de nombreux déménagements ayant comme objectifs d'améliorer la prestation, la qualité et l'accessibilité des soins et des services offerts à notre clientèle. Le déménagement de la clinique de gériopsychiatrie vers l'IUSMM, l'aménagement du centre multiservices en gériatrie et de l'hôpital de jour en gériopsychiatrie à l'IUSMM et celle de l'unité en psychiatrie légale de l'IUSMM (pavillon Cloutier) en sont des exemples probants.
- **Mise en place d'une nouvelle unité de retraitement en endoscopie au Centre de soins ambulatoires de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont**  
La DRT a collaboré avec la Direction des services techniques (DST) à la mise en place d'une nouvelle unité de retraitement en endoscopie qui respecte les dernières normes en la matière. Elle est une des premières au Canada à être équipée de laveurs d'endoscopes de type « *pass through* ».
- **Démarrage d'un service d'hémodialyse aux soins intensifs de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO)**  
La DRT a collaboré avec la DST à l'installation de deux systèmes d'hémodialyse aux soins intensifs d'HSCO grâce au financement de la Fondation Santa Cabrini pour les équipements (hémodialyseurs et systèmes de traitement d'eau portatifs).
- **Mise en place d'un plan d'entretien préventif pour les équipements médicaux du CIUSSS**  
L'équipe de génie biomédical de la DRT a mis en place, pour l'ensemble des équipements médicaux du CIUSSS, un plan d'entretien préventif qui tient compte de leur criticité, des risques aux patients et aux utilisateurs ainsi que des ressources disponibles.

### Enjeux

- Difficulté accrue de rétention et d'embauche des ressources à la DRT qui pourraient affecter la qualité des services offerts à l'exploitation des systèmes cliniques et administratifs, et la livraison des projets dans leurs échéanciers préalablement définis.
- Manque de financement pour le maintien des infrastructures informatiques.

### Priorités

- Remplacement du dossier clinique informatisé.
- Modernisation des infrastructures technologiques (la télécommunication, la sauvegarde, les serveurs centraux, les centres de traitement informatique, la réduction du nombre et de la complexité des environnements).
- Migration à Windows 10.
- Renforcement des mesures de sécurité.

- Réalisation des projets en génie biomédical et atteinte des cibles d'entretien préventif des équipements médicaux.

### **Les principales modifications apportées dans les services**

- L'intégration de la coordination du génie biomédical (GBM).

## Direction des services techniques (DST)

### Les principales réalisations des équipes des Services techniques

- Les Services alimentaires ont terminé et consolidé la révision de l'offre alimentaire dans les 15 CHSLD, notamment par les rencontres de participation citoyenne, durant l'automne 2018, dans tous les sites et par le maintien des « comités-menus » de façon biannuelle.
- Les Services de l'hygiène-salubrité et buanderie-lingerie ont mis en place une équipe dédiée aux transferts/départs afin de répondre efficacement aux activités de libération des lits et de réduire ainsi les délais d'admission. Un audit d'efficacité des activités de désinfection des chambres avec une communication aux partenaires des soins a été réalisé permettant ainsi de détecter et d'analyser les brèches dans le cadre de la fluidité de la libération des lits. En regard des attentes du MSSS, un processus de gestion et de suivi de la performance des centres d'activités des services a été déployé. Enfin, la structure de supervision des Services de l'hygiène-salubrité et buanderie-lingerie a été modernisée avec une approche de proximité LEAN (diminution des déplacements) et le rehaussement du niveau de gestion.
- L'équipe du Service de l'entretien fonctionnement a amorcé la centralisation de ses opérations de gestion de la maintenance assistée par ordinateur. Un calendrier d'entretien préventif qui ajuste la fréquence d'entretien selon la criticité des équipements à entretenir a été mis en place. L'équipe a également actualisé et coordonné les multiples déménagements en lien avec les différentes transformations (santé mentale, regroupement des services administratifs, etc.) du CIUSSS.
- Le bureau de projets immobiliers a réalisé pour plus de 23 M\$ de travaux durant l'année budgétaire 2018-2019. Ces projets incluent des travaux de rénovations fonctionnelles dans les unités de soins des centres hospitaliers et des CHSLD, du maintien d'actifs et de la résorption du maintien d'actifs immobiliers :
  - ✓ salons pour la clientèle et leurs proches dans les unités de soins à l'HMR;
  - ✓ début de la construction de deux nouvelles salles d'accouchements à l'HMR;
  - ✓ aménagement des terrasses extérieures en CHSLD;
  - ✓ réaménagement de salles de bains en CHSLD;
  - ✓ aménagement d'unités de soins psychiatriques et de la psychiatrie légale à l'IUSMM;
  - ✓ suivi de la construction du nouveau pavillon de dialyse;
  - ✓ rénovation de la laverie de l'HMR.

Des projets de maintien d'actifs immobiliers, en conformité avec les exigences des différentes instances légales, ont aussi été réalisés :

- ✓ sécurisation des façades de l'HSCO et l'HMR;
  - ✓ dispositifs anti-refoulement;
  - ✓ gicleurs;
  - ✓ enveloppe du bâtiment (toiture, maçonnerie, fenêtres et escaliers);
  - ✓ systèmes de ventilation/chauffage;
  - ✓ systèmes électriques, incluant l'installation de sous-stations électriques et de génératrices;
  - ✓ mise aux normes des systèmes de ventilation aux blocs opératoires de l'HMR;
  - ✓ réaménagement du secteur de l'endoscopie à l'HMR;
  - ✓ mise aux normes des secteurs des unités de retraitement des dispositifs médicaux des centres hospitaliers.
- Service de sécurité, de prévention incendie, des mesures d'urgence et de sécurité civile :
    - ✓ réalisation et diffusion des plans de mesures d'urgence harmonisés pour l'ensemble des missions du CIUSSS-EMTL;
    - ✓ bonification de divers systèmes de sécurité.

## Enjeux et priorités

- Services alimentaires
  - ✓ Travaux majeurs effectués à l'HMR, et ce, en maintenant le niveau de service habituel auprès de la clientèle.
  - ✓ Travaux de planchers dans la zone de la production alimentaire à l'IUSMM qui deviendra une plaque tournante durant les travaux des autres cuisines.
- Entretien et fonctionnement
  - ✓ Entretien des bâtiments et des équipements grandement vétustes pour prévenir la dégradation du parc immobilier.
  - ✓ Poursuite des efforts de standardisation et d'harmonisation des processus.
  - ✓ Allocation d'espaces en CLSC et en centre hospitalier pour le regroupement d'équipes cliniques dans une même installation. Des travaux de planification sont en cours.
- Bureau de projet immobilier

L'augmentation des budgets d'investissement du MSSS qui cause un impact direct sur les ressources dédiées à la réalisation de projets. Une augmentation du nombre de ressources professionnelles pour la réalisation des projets est requise et une coordination rigoureuse doit être faite avec les équipes cliniques pour assurer la disponibilité des espaces à rénover, et ce, de façon à maintenir le service à la clientèle.
- Service de sécurité, de prévention incendie, des mesures d'urgence et de sécurité civile
  - ✓ Début des travaux relatifs à la gestion des risques en sécurité civile et à la réalisation des plans de continuité des activités de l'ensemble des directions du CIUSSS-EMTL.
  - ✓ Révision annuelle du plan de chaleur accablante et extrême regroupant l'ensemble des commentaires et recommandations de toutes les directions de l'établissement.
  - ✓ Rédaction du code orange et du plan de décontamination en cours nécessitant une coordination accrue des mesures d'urgence et sécurité civile ainsi qu'une mobilisation soutenue des directions concernées. La rédaction est réalisée avec la coordination des salles d'urgence.

## Les principales modifications apportées dans les services

- Hôpital Maisonneuve-Rosemont : réorganisation des services alimentaires à la suite de la fermeture du point de service du fournisseur externe Compass.
- Pavillon Rosemont : fermeture de la cafétéria les soirs, fins de semaine et jours fériés afin d'optimiser les ressources et implantation d'un service de distributrice 24 h dans la cafétéria.
- Transfert de la clientèle de santé mentale du Pavillon Rosemont vers l'IUSMM : réorganisation des services et optimisation des ressources.
- Début de la migration du service de sécurité de l'HMR d'un service en impartition vers un service de surveillance en établissement. Ce changement permet une meilleure rétention des effectifs, une formation plus adaptée aux présentes réalités et un meilleur soutien aux équipes cliniques (ex. : urgence).
- Implantation de la formation ITCA (Intervention – Thérapeutique – Conduites – Agressives) à l'IUSMM. Cette formation permet une intervention des agents d'intervention en milieu psychiatrique dans le respect des patients. Les techniques enseignées sont adaptées aux réalités particulières de la clientèle en santé mentale (utilisation des techniques de contrôle non invasives).

## Direction de l'enseignement universitaire (DEU)

### Les principales réalisations en enseignement

#### Grand volume de stages réalisés et de stagiaires accueillis en 2018-2019

L'année académique 2018-2019 aura permis au CIUSSS d'atteindre de nouveaux sommets en termes de clientèle étudiante puisque 8 527 stages ont été réalisés (stages individuels et stages de groupe) et 6 844 stagiaires ont été accueillis. De plus, 3 120 stages de médecine ont été réalisés avec 1 378 stagiaires dans les trois centres hospitaliers du CIUSSS. Pour leur part, les deux centres de recherche (HMR et IUSMM) ont accueilli 387 stagiaires. Le leadership dans le développement de l'enseignement s'est traduit par l'accueil des premiers stagiaires du programme de soins préhospitaliers de pratiques avancées et des premières étudiantes IPS en santé adulte. Enfin, l'unité d'enseignement en soins oculaires de première ligne a été un franc succès et une troisième salle d'enseignement sera aménagée pour augmenter la capacité d'accueil.

NOMBRE DE STAGES ET DE STAGIAIRES – CIUSSS-EMTL 2018-2019		
	Nombre de stages	Nombre de stagiaires
Médecine (résidents, externes et étudiants)	3 120	1 378
Recherche (HMR et IUSMM)	387	387
Niveau universitaire autre que médecine et recherche	778	837
Niveau collégial	2 541	2 541
Niveau secondaire	1 701	1 701
<b>TOTAL</b>	<b>8 527</b>	<b>6 844</b>

Sources: Direction de l'enseignement universitaire, Direction de la recherche, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

#### Réorganisation de la gestion des stages

Après plus de trois années d'opération, les acteurs impliqués dans la gestion des activités d'enseignement ont désormais une connaissance plus fine des besoins du CIUSSS. Pour cette raison, la répartition des responsabilités vis-à-vis des stages a été modifiée l'été 2018. Désormais, toute la gestion des opérations entourant l'ensemble des stages (sauf médecine et recherche), indépendamment du niveau académique, relève de la DRHCAJ. La Direction de l'enseignement universitaire a le mandat de mettre en place les conditions gagnantes en vue du développement d'une culture d'enseignement au sein de l'organisation. Elle continue à offrir du soutien pédagogique aux superviseurs de stages.

#### Journée de l'enseignement

Les deux premières éditions de la Journée de l'enseignement du CIUSSS se sont déroulées respectivement le 9 mai 2018 et le 5 février 2019. Ces journées visaient à souligner l'importance des activités d'enseignement au sein de l'établissement et la grande contribution des superviseurs et des gestionnaires à l'accueil et à l'encadrement des stagiaires. En plus des conférences présentées par des intervenants de haut calibre, des collaborateurs internes et externes ont animé des kiosques d'information répondant à différents besoins des superviseurs

de stages. Les présentations par affiche des stagiaires issus de disciplines diverses ont donné un bref aperçu de l'importance et de la diversité des projets qui se font au CIUSSS.

Plus de 600 personnes ont participé aux deux activités dont 400 superviseurs de stage de toutes disciplines et de tous niveaux académiques. Des gestionnaires, des stagiaires et divers collaborateurs des maisons d'enseignement étaient également présents.

### La simulation

Le CIUSSS continue sa progression en simulation avec ses laboratoires de soins critiques, d'ophtalmologie, de chirurgie, de néonatalogie, de néphrologie et d'hématologie. Le développement des laboratoires d'urgence se poursuit à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale.

### Les ressources didactiques en pleine expansion

Le Service des ressources didactiques regroupe l'audiovisuel et les centres de documentation de l'HMR, de l'HSCO et de l'IUSMM. La veille documentaire est un service en constante progression au CIUSSS. Elle est disponible sur inscription par courriel auprès des trois centres de documentation.

Les tableaux ci-dessous présentent les principales réalisations de 2018-2019.

SERVICES DES BIBLIOTHÈQUES ET CENTRES DE DOCUMENTATION – 2018-2019				
PRINCIPAUX SERVICES	HMR	IUSMM	HSCO	TOTAL CIUSSS
Fréquentation (entrées)	27 416	1 338	4 177	<b>32 931</b>
Consultations sites Web et catalogues (sessions)	51 828	10 694	1 212	<b>63 734</b>
Consultations site Web CIUP (pages)	19 215	N/D	N/D	<b>19 215</b>
Prêts de documents	1 503	415	416	<b>2 334</b>
Prêts entre bibliothèques	2 261	1 353	1 535	<b>5 149</b>
Recherches documentaires et veilles	470	2 608	1 308	<b>4 386</b>
Aide à l'utilisateur et recherches manuelles	716	252	311	<b>1 279</b>
Édition de publications pour les patients	90	-	90	<b>90</b>
Formations documentaires	27	-	73	<b>100</b>

Source : Direction de l'enseignement universitaire

SERVICES DE L'AUDIOVISUEL – 2018-2019					
PRINCIPAUX SERVICES	HMR	IUSMM	HSC	AUTRES	TOTAL CIUSSS
Visioconférences	1 587	284	134	58	<b>2 063</b>
Livestream	8	10			<b>18</b>
Photos patients et transport adapté	143	89	-	-	<b>232</b>
Photos pour carte d'identité	1 777	226	-	-	<b>2 003</b>
Affiches/Conceptions	616	-	-	-	<b>616</b>
Productions vidéo (nombre d'heures)	1 154	67	-	-	<b>1 221</b>
Installations et photos d'événements	485	-	-		<b>485</b>

Source : Direction de l'enseignement universitaire

Les défis pour une direction comme l'enseignement universitaire ne manquent pas. Avec grande satisfaction, tout le personnel ne ménage aucun effort pour offrir le meilleur aux stagiaires, aux superviseurs de stages, aux gestionnaires ainsi qu'aux divers partenaires internes et externes. Les priorités pour la prochaine année consistent à poursuivre le développement de nouveaux programmes de stage. La valorisation du rôle de superviseur et l'amélioration de l'offre de soutien pédagogique seront au cœur des actions. Enfin, une démarche d'évaluation de l'expérience de stage du point de vue des superviseurs et des stagiaires sera mise en place.

## Direction de la recherche (DR)

Le CIUSSS regroupe deux centres de recherche, celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM) et celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CR-HMR).

EFFECTIFS DU CENTRE DE RECHERCHE – IUSMM	
Chercheurs	2018-2019
Réguliers	32
Associés	27
<b>Total</b>	<b>59</b>
Étudiants	2018-2019
1 <sup>er</sup> cycle	28
2 <sup>e</sup> cycle	39
3 <sup>e</sup> cycle	125
Postdoctorants	8
<b>Total</b>	<b>200</b>

EFFECTIFS DU CENTRE DE RECHERCHE - HMR	
Chercheurs	2018-2019
Réguliers	42
Associés	18
Cliniciens	102
<b>Total</b>	<b>162</b>
Étudiants	2018-2019
Fellow	3
Stagiaires postdoctoraux	36
3 <sup>e</sup> cycle	70
2 <sup>e</sup> cycle	40
<b>Total</b>	<b>149</b>

### Les principales réalisations des équipes du CR-IUSMM

- **Centre AXEL**

Le Centre AXEL ([www.centreaxel.com](http://www.centreaxel.com)), un projet structurant du CR-IUSMM, a célébré son premier anniversaire en janvier 2019. Ayant comme mission d'accélérer l'intégration de nouvelles technologies dans la prévention, le dépistage et le traitement des problèmes de santé mentale, les chercheurs et les partenaires (cliniques, académiques, communautaires et privés) ont favorisé la consolidation de cet écosystème. Pour faciliter les liens entre les membres, un Collectif a été créé. Les 20 membres du Collectif se sont réunis à deux reprises. Pour l'année 2018-2019, plusieurs activités ont été réalisées. À titre d'exemple, cinq ateliers de discussion offerts aux gestionnaires, partenaires, cliniciens et chercheurs ont eu lieu pour démontrer le potentiel des nouvelles technologies en santé mentale. Pour démontrer concrètement les liens entre la recherche, l'utilisation des nouvelles technologies et les soins et services en santé mentale, les chercheurs du Centre Axel ont participé au Coopérathon

Desjardins et au *StartupFest*. De plus, un programme d'accompagnement de trois équipes de recherche a été mis en place pour accélérer la mise en œuvre de prototypes technologiques. Finalement, un partenariat académique a été conclu avec l'Institut de valorisation des données (IVADO) de l'Université de Montréal. Un financement de la part des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) permet au chercheur Stéphane Guay de développer une application mobile portant sur le stress post-traumatique des pompiers.

- **Banque Signature**

La Banque Signature ([www.banquesignature.ca](http://www.banquesignature.ca)), projet institutionnel de l'IUSMM, continue son recrutement aux urgences de tous les patients qui s'y présentent. Au cours de la dernière année, les suivis longitudinaux ont été améliorés en incluant de nouvelles cliniques externes. Depuis janvier 2019, toutes les cliniques sont membres du consortium Signature. Cela permet d'avoir jusqu'à « 4 signatures du patient » soit de l'arrivée aux urgences, de la fin de son hospitalisation, de son 1<sup>er</sup> rendez-vous en clinique externe (après son admission / hospitalisation) et 12 mois après son premier rendez-vous. Afin de bonifier la banque de données, un groupe contrôle a été constitué et il devrait comprendre jusqu'à 200 participants en 2020.

En ce qui concerne le rayonnement de la Banque Signature, les données ont permis de publier des articles de validation de certains questionnaires. La prochaine année permettra une nouvelle phase avec trois projets de recherche majeurs, deux étant menés par des chercheurs du CR-IUSMM et l'autre par une équipe de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

- **Financement de projets par la Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal**

Parmi les projets financés par la Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, on retrouve deux projets de recherche en lien avec les données de la Banque Signature. Ceux-ci portent sur les facteurs d'hospitalisation et sur la prédiction de comportements violents pour les patients récemment admis à l'urgence psychiatrique.

Un autre projet financé est celui de la chercheuse Janie Houle, intitulé « Flash mon quartier », et qui vise à mieux connaître les caractéristiques de l'environnement résidentiel que les personnes vivant en HLM considèrent comme étant importantes pour leur bien-être. Différents intervenants sont mobilisés dans ce projet.

Les autres projets ayant reçu un financement de la part de la Fondation de l'IUSMM sont :

- ✓ Téléthérapie de groupe chez les jeunes (T. Lecomte);
- ✓ Réalité virtuelle chez les jeunes (T. Lecomte);
- ✓ Transmission intergénérationnelle de la peur (M-F. Marin);
- ✓ Aller mieux à ma façon (J. Houle).

## **Activités majeures et rayonnement**

- *Axe Neurobiologie et cognition*

Sonia Lupien, directrice du Centre d'études sur le stress humain, a obtenu le prix ACFAS–Jacques-Rousseau pour souligner l'excellence et le rayonnement de ses recherches qui ont dépassé son domaine de spécialisation et qui ont fait preuve de multidisciplinarité.

La chercheuse Marie-France Marin, a aussi reçu une bourse salariale du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S) à titre de « chercheur-boursier Junior 1 ». De plus, elle a décroché une subvention à la découverte du Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie. Finalement, elle a obtenu le prix Émergence de la Société québécoise de recherche en psychologie.

Les chercheurs Stéphane Potvin et Alexandre Dumais ont reçu une subvention des IRSC pour un essai randomisé contrôlé sur l'efficacité de la thérapie Avatar en comparaison avec la thérapie cognitivo-comportementale.

Le chercheur Stéphane Potvin a aussi participé à une conférence grand public, intitulée « Cannabis et santé mentale », organisée dans le cadre de la légalisation du cannabis. Cette conférence a d'ailleurs été diffusée sur Facebook Live.

Les chercheurs de l'axe ont fait paraître 62 publications avec un comité de lecture et ont soumis huit projets de recherche qui ont été acceptés par le comité éthique.

- *Axe Intervention et services*

La chercheuse Catherine Briand a décroché une bourse salariale « chercheur-boursier Senior ». De plus, elle a coécrit un livre portant sur la personnalité limite. Ce livre aborde ce sujet dans une perspective des soignants, mais surtout des personnes et des proches vivant avec ce type de personnalité.

La chercheuse Janie Houle est devenue titulaire de la Chaire de recherche sur la réduction des inégalités sociales en santé – UQAM. De plus, elle a décroché une subvention Audace (FRQ-S) pour le projet « Synergie : vers des actions innovantes de promotion de la santé mentale en HLM ». Elle a également été ambassadrice de la Semaine québécoise de prévention du suicide 2018.

Les chercheurs Steve Geoffrion et Stéphane Guay ont décroché deux subventions Catalyseurs des IRSC portant sur le stress post-traumatique des intervenants en sécurité publique.

La chercheuse Tania Lecomte a reçu une subvention Savoir du Conseil de recherche en sciences humaines.

Les chercheurs Paquito Bernard et Jean-François Pelletier ont reçu des bourses salariales du Fonds de recherche du Québec - Santé respectivement comme « chercheur-boursier Junior 1 » et comme « chercheur-boursier Junior 2 ».

Les chercheurs de l'axe ont fait paraître 97 publications avec un comité de lecture et ont soumis 26 projets de recherche qui ont été acceptés par le comité éthique.

- *Chantier interdisciplinaire Santé mentale et travail*

Des chercheurs du *Chantier Santé mentale et travail*, sous la coordination du chercheur Marc Corbière, ont organisé un Carrefour spécial des cadres portant sur la santé mentale au travail. L'événement a permis de rejoindre plus de 100 gestionnaires du CIUSSS et ceux-ci ont exprimé leur appréciation à l'égard de cette activité. En plus de cette activité, un projet de recherche est en cours entre la Chaire en santé mentale et travail et la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

- *Chantier interdisciplinaire Santé mentale jeunesse*

Des chercheurs du Chantier Santé mentale jeunesse, dont Réal Labelle, ont déployé une formation sur les premiers soins en santé mentale pour les employés du CIUSSS. Pour la prochaine année, cette équipe travaille à la création d'une formation en ligne pour maintenir les connaissances à jour du personnel ayant reçu la première formation. L'ensemble de ce projet est basé sur une subvention reçue de la part de la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

- **Chantier interdisciplinaire Santé mentale – Première ligne**  
Les chercheurs Catherine Briand et Réal Labelle du Chantier Santé mentale – Première ligne sont les éditeurs invités d'un numéro spécial de la Revue Canadienne de Santé mentale communautaire. Les chercheurs Janie Houle et Marc Corbière ont offert des formations aux médecins du groupe de médecine de famille (GMF) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont sur l'autogestion des troubles anxio-dépressifs et sur la préparation à un retour au travail. Dans le cadre du Chantier, la chercheuse Janie Houle a aussi développé le site web « Aller mieux à ma façon », qui découle d'un programme qu'elle a développé et qui est offert en version papier.

## Les principales réalisations du CR-HMR

- **Agrandissement du Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont**  
Le Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CR-HMR) s'est doté en 2018-2019 d'un tout nouveau bâtiment. Ces nouvelles installations, entièrement dédiées à la recherche, ont été aménagées dans les locaux rénovés dans l'ancien couvent situé au 5690, boulevard Rosemont.

Muni de laboratoires et de salles spécialisées à la fine pointe de la technologie de la technologie, ce nouveau pavillon vient combler un manque d'espace pour la recherche fondamentale puisque ce secteur a pris une expansion rapide au cours des dernières années. Cet agrandissement permettra un rehaussement technologique des infrastructures.

Déjà en ce début d'année 2019, sept équipes de recherche ont été relocalisées dans ces nouveaux locaux, ce qui permettra au CR-HMR de poursuivre son développement en attendant l'ouverture du nouveau Centre de recherche prévu d'ici 2025.

Ce projet a été rendu possible grâce au soutien financier du ministère de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique du Canada issu d'un partenariat avec l'Université de Montréal (5,7 M\$), jumelé à une contribution de 7 M\$ de la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

- **Distinctions, bourses et rayonnement**  
L'excellence des chercheurs du Centre de recherche de l'HMR a une fois de plus été soulignée cette année. Ainsi la qualité de leurs travaux a été reconnue par l'obtention d'importantes bourses et subventions, par la réception de distinctions exceptionnelles et par une importante présence médiatique. C'est la somme de toutes ces réussites individuelles et collectives qui permet au CR-HMR d'accroître sa visibilité et son rayonnement et de faire de ce Centre de recherche un incontournable dans le monde de la recherche tant au niveau local, national, qu'international.

Ainsi, de nombreux chercheurs et étudiants en recherche ont reçu des bourses du FRQ-S et des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), les deux organismes les plus prestigieux dans ce domaine au Québec et Canada. On compte parmi ces récipiendaires les docteurs Cristos Boutopoulos, Ph. D., et Santiago Costantino, Ph. D., les docteurs Annie-Claire Nadeau-Fredette, MD, Ph. D., et Sylvie Lesage, Ph. D., les docteurs El Bachir Affar, Ph. D. et Christopher Rudd, Ph. D. Ce soutien contribuera à maintenir les hauts standards de performance des équipes dans leurs quêtes scientifiques.

Parmi ces octrois, il faut souligner l'obtention par le Dr Christopher Rudd, Ph. D., d'une importante et prestigieuse subvention de 4 885 389 \$ sur sept ans du programme de subventions de la Fondation des Instituts de recherche en santé du Canada pour ses recherches sur les mécanismes de signalisation des lymphocytes T et l'immunothérapie du

cancer. Le programme de subventions Fondation est conçu pour contribuer à l'édification d'une assise durable formée de chefs de file, établis dans le domaine de la recherche en santé en garantissant un soutien à long terme pour entreprendre des programmes de recherche novateurs qui produiront un impact important.

Une autre subvention majeure promet d'accroître nos activités de recherche clinique en oncologie : le projet « *Québec Consortium for Novel Cancer Therapeutics and Biomarkers* ». Issu d'une collaboration entre l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et l'Hôpital général juif de Montréal (HGJM), il permettra l'injection de 3,5 M\$ sur quatre ans dans le développement et l'accroissement de nos activités de recherche clinique en oncologie à l'HMR. Cette subvention provenant du Fonds d'accélération des collaborations en santé (FACS) a pour objectif d'améliorer la collaboration stratégique et la cohésion entre les divers intervenants en recherche en oncologie afin d'accroître la réalisation d'études cliniques prometteuses. Ces nouvelles ressources permettront d'améliorer l'efficacité des équipes de recherche clinique. Il est clair que cette subvention aura un impact important sur les patients en leur donnant accès aux thérapies les plus innovatrices.

Par ailleurs, au chapitre des distinctions, le Dr Przemyslaw Sapieha, Ph. D., s'est une fois de plus révélé. En effet, en plus d'être nommé au prestigieux Collège de nouveaux chercheurs et créateurs en arts et en science de la Société royale du Canada, le Dr Sapieha a reçu le Prix du jeune chercheur de l'Association canadienne des neurosciences ainsi que le prestigieux Prix Cogan 2019 de l'*Association for Research in Vision and Ophthalmology*. Le prix Cogan a un poids tout particulier, puisqu'il s'agit d'une récompense internationale remise à un chercheur de 45 ans ou moins dont l'apport à la recherche en ophtalmologie ou en science de la vision, directement en lien avec les maladies humaines de l'œil, s'est révélé majeur et prometteur pour l'avenir. Rappelons que les projets de recherche de docteur Sapieha au CR-HMR se penchent sur les maladies vasculaires de la rétine telles que la rétinopathie diabétique et la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Il ne faut pas passer sous silence l'importante présence médiatique qu'a eue le Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont au cours de l'année. Cette présence dans les médias témoigne de l'intérêt porté par le grand public à nos recherches et de la reconnaissance de nos chercheurs en tant qu'expert dans leur domaine. De nombreux chercheurs ont ainsi partagé leur connaissance et leur expertise dans des champs aussi variés que la thérapie cellulaire, le cancer et l'immunologie. De plus, nous devons souligner l'attention soutenue et abondante de la part des médias, tant grand public que scientifiques, en lien avec la publication des résultats de recherche prometteuse sur l'origine de la forme la plus commune de la maladie d'Alzheimer dans la prestigieuse revue scientifique *Cell Reports* par le Dr Gilbert Bernier, Ph. D. Cette présence médiatique et l'excellence de ses travaux lui a valu le titre de Personnalité de la semaine dans La Presse du 24 juin 2018.

Finalement, depuis cinq ans maintenant, CellCAN - Réseau de médecine régénératrice et de thérapie cellulaire, un organisme issu d'une subvention des Réseaux des centres d'excellence, contribue au rayonnement du CIUSSS au Québec, au Canada et à l'international. Grâce à CellCAN, le plus gros événement scientifique mondial en thérapie cellulaire a eu lieu à Montréal en mai 2018 et a attiré près de 2 000 experts du domaine. En mars 2019, CellCAN, en collaboration avec le Centre de commercialisation de l'immunothérapie du cancer (C3i) et le Centre pour la commercialisation de la médecine régénératrice (CCMR), a tenu son deuxième forum stratégique. Près de 200 chercheurs, cliniciens, partenaires de l'industrie et producteurs de thérapies cellulaires et géniques ont pris connaissance des dernières innovations, ont discuté et débattu des différentes façons de développer de meilleurs traitements qui pourront améliorer de façon significative la santé des Canadiens. De plus, CellCAN, en collaboration avec C3i et le Centre d'Excellence en Thérapie Cellulaire (CETC), ont permis à dix personnes venant d'ailleurs au Canada et même des États-Unis de suivre une formation de trois jours, incluant un volet pratique, sur

la production de thérapie cellulaire dans un environnement de bonnes pratiques de fabrication au CETC. Ces activités de diffusion et de formations sont essentielles puisqu'ils permettent d'accroître l'importance, la visibilité et la renommée de notre institution.

Le Centre de recherche de l'HMR bénéficie du soutien financier de la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Cet appui inestimable permet au CR-HMR de réaliser pleinement sa mission.

## Résultats : entente de gestion et d'imputabilité

### Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI)

Cette partie concerne l'établissement public et rend compte des résultats des attentes spécifiques (chapitre III), prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

#### Résultats au regard des engagements du chapitre III de l'EGI 2018-2019

- \* R = RÉALISÉE À 100 %  
 NR = NON RÉALISÉE À 100 %  
 NA = NON APPLICABLE

TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT*	COMMENTAIRES
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>			
Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	<p>Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées;</li> <li>• suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux;</li> <li>• suivre l'application des mesures en PCI;</li> <li>• suivre les données de surveillance sur les IN et les audits;</li> <li>• adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.;</li> <li>• entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI;</li> <li>• assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI;</li> <li>• recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre;</li> <li>• déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR;</li> <li>• déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme;</li> <li>• acheminer les recommandations nécessaires au CODIR.</li> </ul> <p>Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG.</p> <p>Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.</p>	R	

TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT*	COMMENTAIRES
<b>SERVICES SOCIAUX</b>			
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	R	
Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	R	
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)	<p>La Stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;</li> <li>• de les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie;</li> <li>• de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis;</li> <li>• de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire.</li> </ul> <p>L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.</p>	R	
		R	
Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)	Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'utilisateur. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficacité des services. Pour chaque région sociosanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.	NA	La reddition a été annulée par le MSSS.
Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des	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	NA	La reddition a été annulée par le MSSS.

TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT*	COMMENTAIRES
usagers en statut NSA (03.5)	intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements fusionnés doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	R	La demande en P13 a été annulée par le MSSS.
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (03.7)	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements.	NR	Il est requis d'ajuster le nombre de PAB dans certains CHSLD, de combler les besoins d'équipement et de réaménager des salles de bain dans certains CHSLD. Une demande de rénovation majeure des salles de bain et une demande d'ajustements des ressources ont été déposées au MSSS.

### 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)	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	R	
État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (04.2)	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	NR	<p>Le plan d'action de l'établissement comporte dix objectifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour ce qui est de la sensibilisation et de la prévention, les efforts se poursuivent en lien avec la Direction de la santé publique.</li> <li>- Pour la phase hyperaiguë, les délais de transfert à l'unité s'améliorent, mais n'atteignent pas la cible de 4 heures : le délai moyen est de 20 heures.</li> <li>- Pour ce qui est du dépistage de la dysphagie, un audit démontre que 39% des patients ont une évaluation dans les 4 heures suivant leur arrivée.</li> <li>- Les taux d'occupation à l'urgence (115% à 132%) ainsi qu'à l'étage (118%) expliquent la non-atteinte de la cible ainsi que la pénurie de ressources formées. Il y a aussi les délais d'attente pour la réadaptation de la clientèle AVC lors d'un niveau de soins alternatif.</li> <li>- Pour la phase aiguë, des outils et protocoles ont été mis en place pour prévenir les complications, de la formation et des aide-mémoires pour guider la pratique ont été développés; cet objectif est atteint.</li> <li>- Pour arrimer la trajectoire entre nos deux installations, les travaux se poursuivent avec les médecins concernés, particulièrement pour la clientèle ambulatoire se présentant à l'urgence et la capacité d'hospitalisation sur une unité dédiée.</li> </ul>

TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT*	COMMENTAIRES
			<p>- Pour l'aspect interdisciplinaire, un cheminement clinique standardisé a été déployé.</p> <p>- Dans la phase de réadaptation post-AVC : la collaboration est présente avec les centres de réadaptation pour la planification précoce des congés et pour assurer un retour à domicile sécuritaire, les trajectoires de services sont en place.</p> <p>- Dans la phase de réintégration de maintien dans la communauté : le programme La Vie après l'AVC est disponible deux fois par année. Il est offert par deux professionnels en collaboration avec un patient partenaire. Le recrutement des patients est difficile malgré une large publicité. Une équipe dédiée au suivi long terme de la clientèle devait être mise en place, mais nous procédons actuellement à l'analyse de la volumétrie afin d'évaluer si cela répond bien au besoin de la clientèle. Par contre, les professionnels en psychosocial sont bien impliqués auprès des usagers et leur famille. Les équipes cliniques et médicales poursuivront les travaux d'amélioration pour la réalisation du plan d'action donc principalement la mise en place de la trajectoire AVC entre nos deux installations. Nous reverrons la gouverne en nommant un chargé de projet et en augmentant la fréquence des rencontres de suivi.</p> <p>Un calendrier d'audits sera mis en place afin de suivre l'avancement des travaux et apporter les améliorations. Les efforts de recrutement se poursuivent pour identifier un patient partenaire. La consolidation des outils déployés sera faite ainsi que des formations au personnel. Les travaux avec nos partenaires à l'interne et à l'externe se poursuivront, autant pour la prévention que pour la réadaptation et la réintégration.</p>

TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT*	COMMENTAIRES
Mise en place d'un comité tactique télé Santé en établissement (04.3)	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité ( <a href="http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx">http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx</a> ) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télé Santé à la même adresse.	R	

#### FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET

Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)	<p>Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment.</p> <p>Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.</p>	NR	Les travaux sont toujours en planification et en cours de réalisation de façon continue. La quantité de projets et la difficulté de recrutement de la main-d'œuvre sont des facteurs qui ralentissent la prise en charge des projets ainsi que la surchauffe du marché. L'établissement est en recherche continue de candidats et en affichages de postes. Une demande de financement au PCFI pour des frais de gestion permettant l'engagement de firmes externes afin d'accélérer la réalisation des projets a été envisagée.
--	---	----	---

TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT*	COMMENTAIRES
<b>COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE</b>			
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation. 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. 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. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.	R	
Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)	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.	R	
<b>PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ</b>			
Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements (09.1)	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.	R	

## LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ (EGI)

Cette partie concerne l'établissement public et rend compte des résultats des attentes spécifiques (chapitre III) et des engagements annuels (chapitre IV), prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

### Résultats au regard des engagements du chapitre IV de l'EGI 2018-2019

#### Légende

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Cancérologie</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	53,7	90	57,7	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	87,8	100	89,2	100
<b>Commentaires</b> L'établissement n'atteint pas les engagements 2018-2019. Nous avons une volumétrie de cas pour la chirurgie oncologique très importante sur le plateau de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), ce qui rend l'atteinte de la cible de 28 jours particulièrement difficile. Globalement, il y a eu une amélioration de l'accessibilité pour la chirurgie oncologique au CEMTL. Un suivi hebdomadaire des listes est effectué par la direction des services professionnels. Notre pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours est en amélioration.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	100
<b>Plan stratégique</b> 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections	100	100	100	100

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)				
<b>Plan stratégique</b> 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	100
<b>Plan stratégique</b> 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	52,4	75	47,3	80
<b>Commentaires</b> L'établissement n'a pas atteint l'engagement 2018-2019 concernant le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements. En 2017-2018, nous avons constaté une diminution des éclosions et une augmentation notable de notre résultat. En 2018-2019, nous observons une amélioration des taux de conformité d'hygiène des mains en fin d'année suite à une campagne sur l'hygiène des mains effectuée avec des communications intensifiées et une plus grande présence des conseillères en prévention des infections sur le terrain.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Soutien à domicile de longue durée</b>				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	1 366 686	1 413 063	1 493 990	N/D
<b>Plan stratégique</b> 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	10 187	10 355	10 340	N/D
<b>Plan stratégique</b> 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée	86,1	90	82,7	90

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Soutien à domicile de longue durée</b>				
ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)				
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 ISOSMAF de 4 à 14	Cet engagement a été retiré par le MSSS			
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP, et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	Cet engagement a été retiré par le MSSS			
<b>Commentaires</b>				
L'établissement dépasse l'engagement en nombre total d'heures, atteint 99.9% pour le nombre d'utilisateurs et 83% des OEMC et PSIAS combinés. L'enjeu est au niveau de l'embauche du personnel qui ne nous permet pas d'atteindre complètement les engagements de ces indicateurs. Nous avons un plan d'embauche en continu permettant de minimiser la pénurie de main-d'œuvre, l'effet sur le nombre d'utilisateurs rejoins et le respect des délais de révision des OEMC-PSIAS. Par ailleurs, le déploiement des OCCL a nécessité un temps significatif d'appropriation par les intervenants ce qui a engendré un retard dans la mise à jour des OEMC-PSIAS.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	0	50	0	100
<b>Plan stratégique</b> 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	50	50	100	100
<b>Plan stratégique</b> 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	100	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en	69,9	73	65,9	76

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>				
CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14				
<b>Commentaires</b>				
<p>Concernant l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA), les enjeux liés au débordement des urgences et les situations critiques vécues sur les unités de soins liées à la pénurie importante de la main-d'œuvre ont interféré l'avancement des travaux. La gouvernance de la DSI a complètement changé en 2018-2019 ce qui a posé un défi supplémentaire à l'organisation. Par contre, l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) est l'une des initiatives en déploiement au sein de l'établissement afin de réduire le temps d'attente à l'urgence et surtout de consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées en référence aux objectifs 5 et 11 du plan stratégique du MSSS. Parmi ces initiatives établies en partenariat avec les différentes directions du CIUSSS et de façon complémentaire à l'AAPA, mentionnons à titre d'exemples, l'implantation de l'équipe interdisciplinaire de planification précoce conjointe de congé (PPCC) dans les 2 urgences, l'amélioration de la fluidité de la montée des patients hospitalisés sur les unités de soins et l'évaluation des longs séjours sur les unités de soins.</p> <p>Concernant les réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA), nous avons amélioré de 2% l'atteinte de la cible selon les données de l'établissement. Les enjeux sont qu'il n'y a pas d'entente formelle sur ce dossier et que le processus pour obtenir l'adhésion des pharmaciens communautaires et des organismes communautaires demande un travail soutenu.</p> <p>Concernant le pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14, l'atteinte de la cible a été compromise étant donné le manque de place en ressources intermédiaires sur le territoire de l'est de l'île de Montréal. On note la fermeture de 255 places (RPA, RPA plus et CHSLD) depuis 15 mois. Il est aussi requis que le MSSS enlève les CHSLD de type 2 (Jeanne-Le Ber et Judith-Jasmin) des indicateurs CHSLD de l'établissement.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Déficiences</b>				
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	71	90	86,8	90
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	66,5	90	73,4	90
<b>Plan stratégique</b> 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	55,2	90	80	90

## Commentaires

Concernant le plan d'accès Déficience physique, toutes priorités et le plan d'accès Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, toutes priorités :

Pour le programme en déficience physique (DP), l'engagement de 90% n'a pas été atteint, bien que nous soyons près de l'atteindre avec un résultat de 86,6%. Une nette amélioration par rapport au résultat de l'an passé est constatée. Pour le programme en déficience intellectuelle (DI) et du trouble du spectre de l'autisme (TSA), le résultat démontre que la cible n'est pas atteinte bien qu'une amélioration par rapport à l'an passé soit notée. Cette amélioration de nos résultats par rapport à l'an passé est attribuable aux facteurs ci-dessous. Entre autres, la direction a mis en place dans les équipes un plan d'action permettant d'identifier chaque étape du processus de gestion de l'attente, d'assignation et de suivi des demandes et de responsabiliser tous les acteurs, intervenants/SAC/chef, à chacune des activités s'y rattachant. Ce plan fait l'objet d'un suivi à la salle de pilotage. La salle de pilotage tactique de notre direction, implantée dans la dernière année, permet une rétroaction et un contrôle réguliers quant aux résultats et aux actions à prendre. En ce sens, la direction s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de sa performance. La mise en place des stations visuelles opérationnelles en DI-TSA ainsi qu'au guichet d'accès a comme impact de dynamiser les équipes dans la recherche de solutions aux obstacles vécus et de participer activement à la performance organisationnelle. En DP, l'ajout d'une spécialiste aux activités cliniques (SAC) psychosociales a aussi été un élément positif pour le suivi et l'assignation des demandes de cette discipline. De même, dans les derniers mois, un chef d'administration de programme DP s'est joint à la direction, ce qui renforce l'encadrement, le suivi et le contrôle des activités du programme.

Dans la prochaine année, la mise en place d'un continuum de services intégrés 0-6 ans DI-TSA-DP devrait agir positivement sur l'accès aux services pour ces enfants qui représentent une proportion importante de nos demandes. Ce projet s'actualise en collaboration avec le CIUSSS Centre Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). En DP, passant de 71% à 86,6%, l'augmentation de notre résultat est notable par rapport au résultat de l'an passé à la période 13. Ce résultat est d'autant plus remarquable qu'il s'inscrit dans un contexte d'implantation des outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI), qui ont demandé une adaptation et un investissement de temps plus grand pour les intervenants. En DI-TSA, c'est une amélioration de notre résultat de l'an passé, soit de 66,5% à 73,4%. Le nombre de demandes traitées au guichet d'accès a augmenté considérablement cette année en DI-TSA-DP sensorielle, ce qui laisse entrevoir le défi de l'accès pour la prochaine année. Étant donné que près de 40% des demandes sont pour des enfants de 0-6 ans, cette clientèle est appelée à demeurer dans nos services plus longtemps, ce qui laisse moins de place pour accueillir de nouveaux usagers.

Une collaboration plus structurée et formalisée est dorénavant établie entre les gestionnaires de la direction, les archives et l'infocentre afin d'assurer la qualité des données. Ainsi, des corrections peuvent être apportées aux demandes en regard de l'orientation, de l'assignation ou de la priorité. Enfin, les données de la période 1 à 4 n'étant pas disponibles, il n'est pas possible de suivre nos résultats et d'ajuster nos actions en conséquence. En sachant que les données sont cumulatives, les résultats des premières périodes ont un impact important sur tout le reste de l'année.

Concernant le pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail;

Les intervenants pivots du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL) s'impliquent lorsqu'ils sont invités aux rencontres de transition (TÉVA) de leurs usagers, auxquels se joignent aussi les intervenants liaisons du service socio-professionnel du CCSMTL. Selon la situation de l'utilisateur et le besoin identifié, les demandes d'activités de jour ou de stages sont acheminées au programme concerné du CCSMTL, qui en a la responsabilité. Le CEMTL a donc peu d'impact sur la finalité quant à l'intégration de l'utilisateur à une activité. De même, soulignons qu'à chaque année, certains usagers identifiés par les écoles pour la reddition de compte, ne sont pas connus des services spécifiques du CEMTL. Nous travaillons actuellement en collaboration avec le CCSMTL pour l'actualisation de la TÉVA. Nous proposons aux commissions scolaires des outils de référence à nos guichets unifiés, dans le but de favoriser l'implication des bonnes personnes et ce, dès le départ et selon le besoin (1<sup>re</sup> et/ou 2<sup>e</sup> ligne). Enfin, nous souhaitons élaborer une offre de service TÉVA pour la clientèle de 16 à 21 ans afin de faciliter leur passage à la vie adulte et de favoriser leur participation sociale. Passant de 55,2% à 80%, le résultat de cette année démontre une amélioration par rapport au résultat de l'an passé. Toutefois, dans le contexte du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal qui n'offre pas les services spécialisés, nos résultats sont tributaires de la disponibilité de ces services au CCSMTL et de la collaboration des écoles, qui ont la responsabilité d'initier la démarche TÉVA. Il est donc difficile d'agir et encore moins de prédire les résultats de la prochaine année.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Dépendances</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	88,1	88,1	88,1	90
<b>Commentaires</b> L'établissement a atteint l'engagement de l'indicateur sur le taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance. Le CEMTL est en phase de déploiement d'un projet organisationnel transversal en regard des services de dépendance à bonifier, plus spécifiquement pour le volet de la détection et l'intervention précoce. Les stratégies à implanter selon le portrait populationnel des RTS, sont composées notamment de formations et d'utilisation d'outils reconnus dans le domaine. De plus, une révision de l'offre de services en dépendance est en cours, afin d'offrir, de manière plus intégrée à la population, une gamme complète de services. Ainsi, des services de proximité, spécifiques et spécialisés en dépendance seront déployés selon les besoins populationnels. Ces actions s'actualisent en collaboration avec le CCSMTL, qui offre des services régionaux de 2 <sup>e</sup> ligne en dépendance sur le territoire montréalais.				
<b>Santé mentale</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	324	342	324	586
<b>Plan stratégique</b> 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	279	310	279	399
<b>Commentaires</b> L'établissement n'a pas atteint l'engagement de l'indicateur sur le nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère. L'homologation des équipes a été actualisée en cours d'année ce qui explique l'atteinte partielle de l'engagement.  L'établissement n'a pas atteint l'engagement de l'indicateur sur le nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère. En effet, le nombre d'ETC requis par équipe pour atteindre l'engagement de 2018-2019 est insuffisant. Au sein des équipes en place, sept postes demeurent vacants ce qui limite grandement la capacité à atteindre la cible. Des stratégies pilotées par un comité de travail sont déployées afin d'augmenter les effectifs ainsi que le nombre de places reconnues. Ainsi, pour l'engagement 2019-2020, avec des équipes complètes (31 ETC x 9 = 333) ainsi qu'une augmentation du nombre d'utilisateurs desservis, la cible sera atteinte.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Urgence</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	18,6	12	19,9	12
<b>Plan stratégique</b> 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	50,2	75	47,2	75
<b>Plan stratégique</b> 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire	48,3	70	46,5	75

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures				
<b>Commentaires</b>				
L'établissement n'a pas atteint les engagements de ces indicateurs. Parmi les facteurs expliquant la non-atteinte des engagements, mentionnons l'achalandage exceptionnel soit l'augmentation du taux d'occupation de nos urgences pour l'année 2018-2019. Enfin, nous avons vécu une pénurie de personnel marquée pour l'année 2018-2019.				
<b>Soins palliatifs et de fin de vie</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 079	1 107	1 057	1 126
<b>Plan stratégique</b> 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	56	56	56	56
<b>Plan stratégique</b> 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	33,3	33,6	39,6	39
<b>Commentaires</b>				
Concernant l'indicateur sur le nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile, on dénombre moins de demandes en soins palliatifs pendant l'année. Le nombre de lits en soins palliatifs est demeuré stable. On note une amélioration du nombre de décès à domicile de 6.4% cette année. La Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD) comme partenaire dans ce dossier contribue à l'atteinte des engagements de l'établissement.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Santé physique – Services de première ligne</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.25-PS Nombre total de GMF	16	17	16	17
<b>Plan stratégique</b> 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	65,4	85	68,5	85
<b>Plan stratégique</b> 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	5	8	8	8
<b>Commentaires</b>				
Le facteur principal expliquant le manque d'inscription de la clientèle à un médecin de famille est la rareté des médecins disponibles. Parmi les trois réseaux locaux de services (RLS) du territoire du CIUSSS, c'est le RLS LTEAS qui est le plus touché par le manque de médecin. À cet effet, un sous-RLS a été créé au cours de l'année dans le secteur Hochelaga-Maisonneuve afin d'y verser des PREM (5 pour l'année en cours). Les effets ne se font pas encore ressentir puisque les nouveaux médecins ne débutent la pratique qu'au cours de l'année 2019-2020. De plus, malgré l'arrivée de nouveaux médecins, ces derniers reprennent parfois intégralement la charge de cas de médecin partant à la retraite, ne comblant ainsi pas le manque à gagner. L'intégration de plusieurs IPS dans chacun des GMF du territoire est en cours, visant à favoriser la prise en charge de la clientèle non-vulnérable. Un autre facteur important constitue la sous-utilisation du GACO par les nouveaux facturants. À cet effet, l'accueil des nouveaux facturants, l'arrimage au niveau des préparatifs pour leurs arrivées et le soutien				

envers les cliniques pour l'utilisation du GACO ont été mis en place afin de démystifier la lourdeur et complexité du GACO autant pour le personnel administratif que pour les médecins.

Nous notons une amélioration modeste entre l'année 2017-2018 (65,4%) et l'année 2018-2019 (68,5%) malgré une hausse au niveau des enregistrements au GAMF (passant de 15 394 à 15 974). Le GACO a attribué au cours de la dernière année 11406 patients.

Ces données sur le nombre d'attribution du GACO constitueront une marque de référence pour les prochaines années étant donné l'amélioration de la fiabilité des données. En effet, contrairement à l'année 2017-2018, ces données constituent des attributions réelles, éliminant tous les cas de refus de prise en charge provenant du médecin ou du patient, et du retour des patients sur la liste d'attente en raison du non-respect de l'inscription du patient au maximum 60 jours suite à l'attribution.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Chirurgie</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	110	0	37	0
<b>Commentaires</b> L'établissement n'a pas atteint l'engagement de l'indicateur sur le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies. La grande vétusté des plateaux opératoires du CEMTL apporte une certaine inefficience dans la production chirurgicale due à de nombreuses contraintes qui demeurent problématiques. Nos blocs opératoires sont éclatés sur plusieurs sites ce qui engendre certaines limitations dans les mouvements de nos patients par rapport aux types de chirurgies qui peuvent être effectués. Cela complique également la gestion du parc d'équipements et de fournitures de l'établissement. Une amélioration substantielle par rapport au résultat de 2017-2018 est néanmoins remarquée.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Santé physique – Imagerie médicale</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	76,2	70	63,2	80
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	40,7	90	25,9	95
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	85,1	100	44,3	100
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	90,6	100	90	100

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
pour les échographies obstétricales				
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	51,2	60	38,6	65
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	67,3	90	37,9	90
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	75,1	75	49,5	80
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies	78,6	90	69,5	90
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	80,9	90	80,4	90
<b>Plan stratégique</b> 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	85	100	90,1	100
<b>Commentaires</b> Une épuration de la liste d'attente en continu et une légère augmentation de la production ont permis de réduire les délais d'attente de façon globale. L'épuration a permis de transférer 3024 patients via le guichet de la capacité résiduelle de Montréal et les laboratoires d'imagerie médicale avoisinants (LIM). Il y a eu deux chantiers importants (TDM et fluoroscopie) ce qui a permis d'ajouter une offre de service de nuit durant le chantier (TDM) pour une période de 6 mois. Pour certains indicateurs, il y a un maintien ou une amélioration en comparaison avec 2017-2018. La pénurie provinciale de main d'œuvre au niveau des technologues en imagerie a limité la capacité de l'établissement à ouvrir totalement 16 heures par jour pour les sites de HSCO et HMR. Un PEM non remplacé à HMR et HSCO a fait en sorte que la capacité de lecture est diminuée ainsi que l'offre de service. Nous sommes en attente du bureau de projets afin de réaménager la troisième salle d'échographie cardiaque ce qui fera en sorte de diminuer la liste d'attente pour ce secteur. Nous notons une différence entre les valeurs saisies dans ce document versus les valeurs saisies au niveau de GESTRED.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Ressources matérielles</b>				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	100
<b>Commentaires</b> L'établissement a atteint l'engagement de l'indicateur sur le niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Ressources humaines</b>				
<b>Plan stratégique</b> 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	7,7	6,1	7,7	N/D
<b>Plan stratégique</b> 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,9	2,6	4,7	N/D
<b>Plan stratégique</b> 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	4,9	3,5	4,6	N/D
<b>Commentaires</b> Concernant le ratio d'heures d'assurance salaire, l'établissement n'a pas atteint l'engagement 2018-2019. Le plan d'action déployé dans le cadre du plan d'équilibre budgétaire à l'automne 2017, mobilisant l'ensemble des directions de l'établissement, vise à optimiser les pratiques de gestion intégrée de la présence au travail et à renforcer une culture de prévention et de promotion de la santé au travail. Les résultats probants de ces travaux organisationnels requièrent un délai pour en assurer l'actualisation.  Les mesures correctrices suivantes sont prévues : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite des mesures organisationnelles mises en place à l'automne 2017 sous forme de plan d'action dans le cadre du plan équilibre budgétaire, incluant notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le déploiement d'une démarche de gestion intégrée de la présence au travail (GIPT) dans chacune des directions arrimée à la nouvelle Politique réseau sur la gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail;</li> <li>• le développement des outils de soutien aux gestionnaires, spécifiques à la gestion de la présence au travail;</li> <li>• le développement des compétences des gestionnaires notamment en ce qui a trait à l'identification et la gestion des risques de détresse psychologique au travail;</li> <li>• l'optimisation de l'utilisation de l'assignation temporaire, etc.</li> </ul> </li> <li>- Mise en place de l'équipe spéciale d'amélioration continue en prévention au sein du service de santé et sécurité au travail;</li> <li>- Harmonisation du processus de gestion médico-administrative des dossiers en invalidité, basée sur les meilleures pratiques et développement des compétences du personnel SST;</li> <li>- Soutien et accompagnement professionnel en développement organisationnel et SST auprès des gestionnaires afin d'intervenir de façon plus proactive et renforcer les pratiques de prévention en matière GIPT;</li> <li>- Évaluations et expertises médicales des dossiers en invalidité.</li> </ul> En ce qui a trait à l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, le ratio d'heures en assurance salaire s'est maintenu à 7,7 % au 31 mars 2019.  Concernant le taux d'heures supplémentaires, l'établissement n'a pas atteint l'engagement 2018-2019. Parmi les facteurs contraignant l'atteinte de l'engagement, nommons :				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Ressources humaines</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pression dans les urgences hospitalières durant la période hivernale;</li> <li>- Recrutement difficile pour plusieurs titres d'emploi (préposés aux bénéficiaires, infirmières, professionnels) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétition importante du recrutement dans la région montréalaise</li> <li>• Nombre limité de finissants dans les écoles</li> <li>• Hausse de volume dans certaines activités physiques</li> <li>• Postes comblés dépourvus temporairement de titulaire (maladie, congé maternité, congés parentaux, congés pour études, etc.).</li> </ul> </li> <li>- Limites des agences de personnel afin de répondre aux besoins de l'établissement;</li> <li>- Plusieurs projets de développement en cours d'année nécessitant de nombreuses ressources additionnelles.</li> </ul> <p>Les mesures correctrices suivantes sont prévues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite des mesures organisationnelles mises en place à l'automne 2017 sous forme de plan d'action dans le cadre du plan équilibre budgétaire.</li> <li>- Plusieurs réorganisations des centres d'activités ont permis d'obtenir plus de flexibilité par le personnel (regroupement de services RH);</li> <li>- Rehaussement d'heures offert aux titulaires de poste à temps partiel de plusieurs titres d'emploi;</li> <li>- Suivis réguliers par les différentes directions de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante.</li> </ul> <p>En ce qui a trait à l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, le taux d'heures supplémentaires est passé de 3,9 % au 31 mars 2018 à 4,6 % au 31 mars 2019.</p> <p>Concernant le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante, l'établissement n'a pas atteint l'engagement 2018-2019. Parmi les facteurs contraignant l'atteinte de l'engagement, nommons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pression dans les urgences hospitalières durant la période hivernale;</li> <li>- Recrutement difficile pour plusieurs titres d'emploi (préposés aux bénéficiaires, infirmières, professionnels) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétition importante du recrutement dans la région montréalaise</li> <li>• Nombre limité de finissants dans les écoles;</li> </ul> </li> <li>- Postes comblés dépourvus temporairement de titulaire (maladie, congé maternité, congés parentaux, congés pour études, etc.);</li> <li>- Plusieurs projets de développement en cours d'année nécessitant de nombreuses ressources additionnelles.</li> </ul> <p>Les mesures correctrices suivantes sont prévues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite des mesures organisationnelles mises en place à l'automne 2017 sous forme de plan d'action dans le cadre du plan équilibre budgétaire;</li> <li>- Plusieurs réorganisations des centres d'activités ont permis d'obtenir plus de flexibilité par le personnel (regroupement de services RH);</li> <li>- Rehaussement d'heures offert aux titulaires de poste à temps partiel de plusieurs titres d'emploi;</li> <li>- Suivis réguliers par les différentes directions de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante;</li> <li>- Suivi mensuel en salle de pilotage stratégique.</li> </ul> <p>En ce qui a trait à l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante est passé de 4,9 % au 31 mars 2018 à 4,6 % au 31 mars 2019.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Multiprogrammes</b>				
<b>Plan stratégique</b> 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	62,8	75	65,7	75

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019*	Engagement 2019-2020**
<b>Multiprogrammes</b>				
<b>Commentaires</b>				
<p>Plusieurs améliorations ont été réalisées dans la gestion des délais d'accès à un premier service, mais nous n'arrivons toujours pas à l'atteinte complète de l'engagement de l'établissement.</p> <p>Au programme de Santé mentale : le plan d'action pour réduire l'attente en CLSC se base spécifiquement sur trois volets au GASMA et en 1<sup>re</sup> ligne:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimiser le rôle de l'infirmière au GASMA et en 1<sup>ère</sup> ligne <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Déploiement d'une formation portant sur l'approche motivationnelle</li> <li>b. Révision du questionnaire d'évaluation des besoins</li> <li>c. Consolidation du soutien offert par le psychiatre répondant</li> <li>d. Tournée des GMF des 3 réseaux locaux de services (RLS)</li> </ol> </li> <li>2. Rendre le guichet d'accès (GASMA) plus décisionnel et réduire les évaluations multiples sans valeur ajoutée <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Révision de la trajectoire de services vers les services spécialisés</li> <li>b. Renforcement de la légitimité du rôle du guichet : la 1<sup>ère</sup> ligne est responsable de l'orientation qui ne doit pas systématiquement être révisée par la 2<sup>e</sup> ligne</li> <li>c. Mise sur pied d'une structure conjointe 1<sup>ère</sup>-2<sup>e</sup> ligne soutenant l'apprentissage dans l'action : rétroaction et traitement des cas litigieux</li> </ol> </li> <li>3. Développer la psychiatrie communautaire <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Révision de la répartition des effectifs médicaux pour assurer une couverture médicale adéquate et qui répond aux besoins des 3 RLS (en collaboration avec le chef du département)</li> <li>b. Calcul des besoins d'effectifs</li> <li>c. Ajout de ressources médicales en provenance des autres secteurs de la direction</li> </ol> </li> </ol> <p>Au programme Jeunesse : le plan d'action vise à réagir aux enjeux suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Augmentation des volumes particulièrement en jeunes en difficulté (JED) : 25% depuis 2 ans.</li> <li>b. Enjeux de recrutement, de dotation et de rétention de personnel.</li> </ol> <p>Solution: création d'une équipe volante jeunesse, bonification de l'offre de groupe, ajustement des sous-programmes dans ICLSC et application du nouveau cadre normatif.</p> <p>Au programme SAPA et DI-TSA DP : il y a eu déploiement et application en avril 2018 des critères de priorisation prescrits par le MSSS pour la clientèle SAPA-SAD (P1-72 heures, P2-14 jours, P3-30 jours et P4-365 jours). Le résultat à l'indicateur du % des premiers services de nature psychosociale dispensés dans un délai de 30 jours dépend du nombre de dossiers priorités P4 pour lesquels le délai maximal de prise en charge prescrit est de 365 jours.</p> <p>Par ailleurs, il y a eu des travaux en 2018-2019 afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• revoir les processus de cheminement et de traitement des demandes;</li> <li>• mettre en place un guichet d'accès aux services SAPA;</li> <li>• standardiser le processus de révision des charges des intervenants psychosociaux afin d'assurer une prise en charge optimale des dossiers et une fluidité dans l'accessibilité aux services des nouveaux usagers;</li> <li>• rehausser l'encadrement clinique auprès des intervenants.</li> </ul> <p>Aux services psychosociaux et AAOR : même si les délais du premier service sont majoritairement respectés, nous avons travaillé à fusionner les listes datant afin d'offrir le service dans le délai le plus acceptable pour le client. Nous tenons par contre à mentionner que le suivi inter direction de cet indicateur est impossible actuellement par les applications de l'établissement. Ainsi, comme nous ne pouvons pas accéder rapidement aux données de cet indicateur. Nous ne pouvons donc pas apprécier nos améliorations ou dégradations en temps réel.</p>				

## Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

### L'agrément

En date du 11 octobre 2018, Agrément Canada attestait que le statut d'organisme agréé du CIUSSS était maintenu jusqu'au 31 décembre 2023.

Faisant suite à la visite d'Agrément Canada de décembre 2017, il a été demandé au CIUSSS de réaliser des plans d'amélioration continue de la qualité (PACQ) spécifiques pour 41 critères n'ayant pas atteint le niveau de conformité, dont quatre pratiques organisationnelles requises (POR), ce qui représente 1,4 % de l'ensemble des critères évalués.

Les suivis exigés par Agrément Canada ont été les suivants :

- quatre POR ont nécessité des preuves supplémentaires, dont le suivi a été réalisé au mois de septembre 2018. Essentiellement, les sujets ont touché les indicateurs clés pour mesurer le rendement en matière de qualité, le partage de l'information avec les usagers, familles et membres de l'équipe, la prophylaxie de la tromboembolie veineuse et la liste de contrôle d'une chirurgie. À la suite de la revue des preuves soumises par Agrément Canada, le CEMTL a respecté les exigences en matière de suivi et le plan d'amélioration de la qualité du rendement a été mis à jour de manière à démontrer la conformité aux exigences qui ont fait l'objet d'une évaluation;
- les preuves de conformité des 37 critères restants ont été déposées sur le portail d'Agrément Canada tel qu'exigé le 7 mars 2019. Les non-conformités concernaient principalement la prévention et le contrôle des infections (PCI), la gestion des médicaments et l'aménagement des lieux physique en particulier à l'imagerie médicale et au retraitement des dispositifs médicaux. Le CEMTL est en attente de la décision du comité d'approbation d'Agrément Canada.

Cette année est marquée par le début du nouveau cycle 2018-2023 d'Agrément Canada et de son appropriation. En effet, le cycle se déroule dorénavant sur une période de cinq ans selon un calendrier annuel, et à terme, tous les programmes-services, la gouvernance, le leadership et les quatre domaines d'activités cliniques à portée transversale (prévention et contrôle des infections, gestion des médicaments, retraitement des dispositifs médicaux réutilisables et télésanté) du CIUSSS auront participé aux activités d'agrément et auront été évalués.

Les équipes qualité ont poursuivi leurs travaux et leurs activités d'amélioration continue de la qualité. Le Programme jeunesse et activités de santé publique, et les Programmes santé mentale, dépendances et itinérance qui seront visités en novembre 2019, se sont appropriés les normes d'excellence des services de leurs secteurs respectifs. Le déploiement d'une approche de mobilisation continue visant à faire progresser la qualité et la sécurité des soins et des services au sein de l'organisation se met en œuvre.

### La sécurité des soins et des services

La qualité, la sécurité et l'excellence vont de pair pour le CIUSSS. Il renouvelle son engagement à offrir des soins et des services de qualité, sécuritaires et empreints de respect. Pour ce faire, l'établissement fait de la gestion intégrée des risques une priorité et s'assure que les efforts de tous convergent dans cette voie.

### Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

- Réaliser un guide d'entrevue téléphonique semi-dirigée auprès des usagers ou de leur famille suite à une rencontre de divulgation.

- Mettre à jour le Plan de sécurité des usagers 2016-2019 du CIUSSS pour respecter la POR, tel que requis par Agrément Canada.
- Assurer l'application du Cadre de prestation sécuritaire des soins et des services des usagers.
- Cartographier les risques dans les directions programmes.
- Rencontrer les directeurs et directeurs adjoints des directions programmes pour analyser leurs données de gestion des risques (déclarations incidents/accidents et recommandations) et entreprendre les actions appropriées.
- Cibler des indicateurs de gestion des risques liés à la prestation sécuritaire des soins à suivre en salle de pilotage et dans les stations visuelles opérationnelles (*en déploiement*).
- Assurer la formation des nouveaux employés et gestionnaires, de même que la formation continue.
- Mettre en place un comité stratégique OPTILAB CHUM et le CIUSSS pour l'arrimage des accréditations.
- Poursuivre les travaux du comité sur la maltraitance, mis en place pour respecter la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.
- Harmoniser et réviser les outils de gestion des risques.
- Mettre à jour le registre, la base de données et le tableau de bord du suivi des recommandations.
- Organiser des activités et la promotion entourant la Semaine nationale de sécurité.
- Participer à divers comités organisationnels à portée transversale : prévention du suicide, chutes et mesures de contention, qualité RI-RTF, immunisation, certification AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux), alertes et rappels.

Les trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont : la catégorie « autres » (total 904; 4,3%), liés à la médication (total 850; 4,1 %) et liés au traitement (total 185; 0,9 %) :

- 2 625 incidents;
- 12,5 % par rapport à l'ensemble des événements.

Pour ce qui est des accidents (indices de gravité C à I), les principaux types mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont : les chutes (total 9224; 43,9 %), liés à la médication (total 3742; 17,8 %) et la catégorie « autres » (total 2302; 11,0 %) :

- 17 486 accidents;
- 83,3 % par rapport à l'ensemble des événements.

Également, 884 (4,2 % du total) autres déclarations d'événements ont été saisies dans le système local de surveillance ; leur gravité est « indéterminée » ou la saisie des informations n'était pas terminée au moment de l'extraction des données qui fut réalisée le 9 mai 2019.

**Actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment**

- Prendre connaissance des rapports trimestriels des données de gestion des risques et assurer le suivi de l'implantation des recommandations :
  - ✓ assurer la vigie des événements sentinelles, des incidents et des accidents;
  - ✓ analyser les différentes pistes d'amélioration concernant la mauvaise déclaration des événements dans la catégorie « autres-autre ».
  - ✓ assurer le suivi des rapports du Protecteur du citoyen;
  - ✓ assurer le suivi des rapports du Bureau du coroner.
- Assurer le suivi de la démarche d'agrément.

- Intégrer l'ensemble des données présentées au CGR sur la prestation sécuritaire des usagers aux rapports trimestriels et annuel de la prestation sécuritaire des usagers, et ce, pour avoir un portrait organisationnel des risques aux usagers.
- Intégrer les comités partenaires prioritaires au plan de travail annuel du CGR (le comité de prévention du suicide, le comité des mesures d'urgence et le comité des chutes et des contentions).
- Assurer le suivi des travaux du comité sur la maltraitance, mis en place pour respecter la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.
- Assurer le suivi des travaux de déploiement des procédures de codes d'urgence médicale (bleu et rose) dans les différentes installations.
- Assurer le suivi des travaux concernant la diminution des risques de chutes dans les différentes installations.

**Actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections**

- Présenter les suivis des indicateurs des infections nosocomiales par le comité de prévention et contrôle des infections.
- Suivre les cas de C. difficile à HSCO.
- Suivre le cas d'éclosion des bacilles Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC) à HSCO.

**Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSSS)**

Un rapport annuel détaillé a été rédigé par la Direction des soins infirmiers en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires (DSM) et les programmes clientèles visés par le recours exceptionnel à une mesure de contrôle. Il a fait l'objet d'un dépôt au comité de vigilance et de la qualité du C.A. en mai 2019. Les principales actions et constats pour l'exercice financier 2018-2019, sont les suivants :

- Mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance pour les mesures de contrôle, la prévention et la gestion des chutes et le recours à la surveillance accrue.
- Poursuite des travaux afin de rehausser le registre des mesures de contrôle de l'IUSMM et le déployer dans l'ensemble des installations du CIUSSS.
- Élaboration et dispensation de formations sur différents aspects du protocole d'application des mesures de contrôle dans les secteurs suivants :
  - ✓ matériel et équipement dans les salles d'isolement de l'IUSMM (221 personnes formées);
  - ✓ rôles et responsabilités des intervenants et recours à une mesure de contrôle dans un contexte de soins à domicile en DI-TSA-DP et DPSAPA (65 personnes formées);
  - ✓ protocole interdisciplinaire et enjeux spécifiques à la nouvelle unité de psychiatrie légale de l'IUSMM (21 personnes formées).
- Révision de certains produits de contention physique disponibles pour utilisation dans le CIUSSS.
- Soutien dans l'analyse et le suivi des recommandations concernant deux rapports d'intervention du Protecteur du citoyen à l'IUSMM.
- Collaboration au développement de la formation continue partagée (FCP) sur l'utilisation des mesures de contrôle en collaboration avec le CHUM.
- Taux de prévalence total inférieur à la cible de prévalence établie par le MSSS dans l'ensemble des CHSLD de la DPSAPA (taux inférieur à 25 %).
- Taux de prévalence total à la hausse pour huit des quinze CHSLD de la DPSAPA pour l'année 2018-2019 par rapport à l'année 2017-2018.

- Diminution du nombre d'événements indésirables déclarés impliquant une mesure de contrôle (excluant les chutes).
- Durée d'application des mesures de contrôle à l'IUSMM généralement court, respectant le principe voulant que la mesure de contrôle soit le moins contraignante possible et appliquée le moins longtemps possible.
- Pourcentage de consentement obtenu dans un contexte d'intervention planifié inférieur à 100 % à l'unité des soins intensifs (506) de l'IUSMM alors que le consentement est requis dans 100 % des situations planifiées.

Les objectifs prioritaires suivants ont été identifiés pour l'année 2018-2019 :

- assurer le déploiement de la formation générique sur le protocole à l'ensemble des gestionnaires, professionnels et intervenants du CIUSSS;
- assurer le déploiement de la capsule de formation spécifique en contexte de soins à domicile, aux gestionnaires et intervenants des équipes de la Direction DI-TSA-DP;
- finaliser l'exercice quant au développement d'un registre de données harmonisé CIUSSS pour la mesure des indicateurs;
- établir un calendrier de suivi des indicateurs qui sera suivi au comité interdisciplinaire;
- identifier des cibles de prévalence d'application de mesures de contrôle, pour chaque direction clientèle, selon le programme, en fonction des meilleures pratiques.
- revoir le canevas de rapport et les indicateurs prioritaires à inclure dans la reddition de compte annuelle au comité de vigilance et de la qualité.

### **Mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité suite aux recommandations par les instances**

#### ***Protecteur du citoyen***

Pour la période couvrant le 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019, le CIUSSS a reçu 18 recommandations formulées dans huit rapports du Protecteur du citoyen. Les thématiques et mesures mises en place sont les suivantes :

- Suivi étroit afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins et services offerts dans une résidence pour personnes âgées (RPA) : l'accompagnement a été réalisé avec plusieurs audits et des plans d'amélioration mis en œuvre.
- Prise en charge, en service social, postchirurgie de la hanche, lorsque requis : information offerte aux usagers en préchirurgie et consolidation du continuum de services postcongé hospitalier.
- Vigie par les intervenants des situations de maltraitance chez une clientèle vulnérable en RPA : adoption de la politique et de la procédure de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et formations à venir.
- Respect des critères d'admissibilité aux services d'aide à domicile : réévaluation annuelle des besoins de tous les usagers, incluant leur proche aidant, afin de déterminer les services requis.
- Évaluation diligente de l'urgence des besoins de l'utilisateur lorsqu'il actionne la cloche d'appel : révision de l'organisation du travail et instauration d'une équipe de brancarderie en milieu hospitalier (santé physique) afin que le personnel des unités reste présent sur les lieux.
- Importance pour les infirmières de la surveillance clinique de la condition des usagers et de la rédaction des notes d'évolution complètes en situation d'application de mesures de contention : rappel (note de service, rencontre d'équipe) des actions attendues et dictées dans les processus cliniques.
- Inscription des informations exactes concernant le début et la fin de l'application de mesures de contrôle sur le formulaire prévu à cet effet : diffusion d'une note de service et rencontre des équipes concernées.
- Application du protocole interdisciplinaire sur l'application des mesures de contention : déploiement des formations en cours.

### ***Bureau du coroner***

Pour la période couvrant le 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019, le CIUSSS a reçu six recommandations formulées dans six rapports du coroner. Les thématiques et mesures mises en place sont les suivantes :

- révision de deux rapports par le comité d'évaluation de l'acte médical dans un contexte de surveillance postangioplastie et de présentation atypique d'une problématique cardiaque : révision réalisée. Le comité est arrivé aux mêmes conclusions que le coroner dans les deux cas, aucune autre recommandation émise;
- révision du continuum de soins et de la planification des congés de l'urgence pour les usagers avec problématiques de santé mentale : en cours. Des recommandations seront émises par l'équipe d'analyse, si requis;
- diffusion du rapport du coroner dans l'ensemble du réseau en lien avec l'application du protocole de surveillance postadministration de narcotiques : diffusion réalisée au sein des directions cliniques concernées et plan d'action pour en assurer l'application en cours d'élaboration;
- révision des conditions de congés, notamment en présence d'une patiente grandement fragilisée par son historique en santé mentale : en cours de révision.
- Analyse des décisions médicales lors de l'admission d'un usager et mise en place de mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des usagers en pareille circonstance : en cours d'analyse.

### ***Autres instances***

Le CIUSSS n'a pas reçu de recommandations formulées par d'autres instances externes.

## Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

### Membres du comité

- Président (poste vacant depuis le 15 février 2019 suite à la démission de Ghislaine Prata, présidente du comité, membre du C.A.)
- Sylvain Lemieux, président-directeur général
- Djamila Benadbelkader, membre du C.A., indépendante
- Ewa Michalkiewicz, membre du C.A.
- Alexandrine Côté, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

### Invités permanents

- Pierre Shedleur, président du C.A.
- Marlène Galdin, directrice de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique
- Daniel Beauregard, représentant du CII au C.A.
- Jean-François Fortin-Verreault, président-directeur général adjoint

### Bilan des activités

Le comité a tenu six rencontres au cours de l'année avec un taux de participation des membres de 93 %. De plus, une rencontre de travail s'est tenue.

Voici les sujets abordés :

N°	Sujet	5 avril	31 mai	13 sept.	25 oct.	29 nov.	25 janv.
<b>1.</b>	<b>OUVERTURE DE LA SÉANCE</b>						
1.1	Convocation et quorum	X	X	X	X	X	X
1.2	Déclaration d'intérêts	X	X	X	X	X	X
1.3	Adoption de l'ordre du jour	X	X	X	X	X	X
1.4	Adoption du procès-verbal	X	X	X	X	X	X
1.5	Affaires découlant des réunions précédentes et suivis des demandes formulées par les membres du CVQ	X	X	X	X	X	X
<b>2.</b>	<b>RAPPORTS</b>						
2.1	Rapport de la présidente du comité de vigilance de la qualité	X	X	X	X	X	X
2.2	Rapport du président-directeur général	X	X	X	X	X	X
<b>3.</b>	<b>ADOPTION DE RÈGLEMENTS ET POLITIQUES</b>						
3.1	Règlements et politiques	X	X	X	X	X	X
<b>4.</b>	<b>AFFAIRES NOUVELLES</b>	X	X	X	X	X	X
<b>5.</b>	<b>SUIVI DES INDICATEURS D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES</b>	X	X	X	X	X	X
<b>6.</b>	<b>TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS</b>	X	X	X	X	X	X
<b>7.</b>	<b>RAPPORTS – QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES</b>						
7.1	Réactivité : Mot du comité des usagers du centre intégré			X	X	X	X
7.2	Réactivité : Mot de la commissaire ou rapport du régime des plaintes	X		P1-P3	X	P4-P6	P7-P9
7.3	Réactivité : Bureau de l'évaluation de l'expérience patient	X	X			X	
7.4	Accessibilité : Rapport annuel sur les soins en fin de vie		X			X	

N°	Sujet	5 avril	31 mai	13 sept.	25 oct.	29 nov.	25 janv.
7.5	Accessibilité : Bilan semestriel de la liste d'attente en chirurgie		X		X		
7.6	Efficacité : Rapport trimestriel des ententes de gestion et d'imputabilité		X		X	X	
7.7	Sécurité : Rapport trimestriel du registre local des incidents-accidents	X	X		X		X
7.8	Sécurité : Rapport sur la prévention et contrôle des infections				X		X
7.9	Efficacité : Visite d'Agrément, résultats, suivis et visite			X		X	X
<b>8. DOSSIERS SPÉCIFIQUES</b>							
8.1	Accessibilité : Ressources intermédiaires–Ressources de type familial						
8.2	Sécurité : Politique-cadre de la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (aux 2 ans – 2018-2020-2022)				X		
8.3	Rapport des données sociodémographiques	X					
8.4	Sécurité : Politique organisationnelle de santé pour un environnement sans fumée (aux 2 ans – 2019-2021-2023, nov.)			X			
8.5	Sécurité : Plan d'action à l'égard des personnes handicapées (aux 2 ans – 2018-2020-2022)		X				
8.6	Efficacité : Suivi de la recommandation CVQ : travaux relatifs la culture partenariat avec les usagers					X	
8.7	Pertinence : Suivi de la recommandation CVQ : travaux relatifs à la pertinence clinique						
8.8	Continuité : Trajectoire de services	X					
8.9	Conseil des sages-femmes (à partir de mai 2020)						
<b>9. RAPPORTS ANNUELS DES COMITÉS, CONSEILS OU INSTANCES CONTRIBUANT AU MAINTIEN ET À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES</b>							
9.1	Comité des usagers du centre intégré (CUCI)		X	X			
9.2	Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)		X				
9.3	Comité exécutif du Conseil des infirmières et des infirmiers (CECII)		X				
9.4	Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM)		X				
9.5	Comité de gestion des risques (CGR)		X				
9.6	Comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO)		X				
9.7	Comité d'éthique de la recherche (CÉR)		X				
9.8	Comité interdisciplinaire sur la prévention des chutes et de l'utilisation des mesures de contrôle		X				
9.9	Application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits (commissaire aux plaintes et à la qualité des services)		X				
9.10	Comité de révision		X				
9.11	Rapport annuel du CVQ		X				
<b>10. DÉPÔT DE DOCUMENTS</b>							
10.1	Articles de presse	X	X	X	X	X	X
10.2	Correspondances	X	X	X	X	X	X
<b>11. ÉVALUATION DU COMITÉ DE VIGILANCE QUALITÉ</b>							
11.1	Évaluation annuelle des activités et du fonctionnement du CVQ	X					
<b>12. PÉRIODE DE QUESTIONS</b>							
		X	X	X	X	X	X

N°	Sujet	5 avril	31 mai	13 sept.	25 oct.	29 nov.	25 janv.
<b>13.</b>	<b>CLÔTURE DE LA SÉANCE</b>						
13.1	Calendrier annuel des séances du comité de vigilance qualité			X			
13.2	Plan annuel de travail du comité de vigilance et de la qualité		X				
13.3	Prochaine réunion : date et lieu	X	X	X	X	X	X
<b>14.</b>	<b>ÉVALUATION DE LA SÉANCE</b>	X	X	X	X	X	X

### Dossiers complémentaires

Au cours de l'année, les dossiers suivants ont été présentés au CVQ :

- recommandation pour adoption au C.A. de la mise en place d'un réseau de cancérologie des sarcomes musculosquelettiques;
- recommandation pour adoption au C.A. du rapport semi-annuel (décembre 2017 à mars 2018) sur l'application de la *Politique portant sur les soins de fin de vie*;
- recommandation pour adoption au C.A. de la *Politique-cadre contre la maltraitance envers les aînées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*;
- recommandation pour adoption au C.A. de la modification au permis d'établissement pour consultations externes en CLSC et à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal;
- recommandation pour adoption au C.A. de l'addenda de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) de 2018-2019;
- recommandation pour adoption au C.A. du *Règlement sur les heures de visite et règles de conduite des visiteurs en milieu hospitalier*.

### Nombre d'avis ou de recommandations envoyés au C.A. :

Nombre d'avis ou recommandation envoyés au conseil d'administration	5 avril	31 mai	22 juin	13 sept.	25 oct.	29 nov.	25 janv.
Nombre d'avis ou recommandation envoyés au C.A.	2	16	1	1	7	1	7

Le comité de vigilance et de la qualité a pris connaissance et fait le suivi des recommandations qui lui ont été acheminées. Pour l'année 2018-2019, le CVQ a recommandé au C.A. 35 avis ou recommandations. Les 35 recommandations suivantes ont été adoptées par le C.A.

- Rapport trimestriel P1 à P10 sur la sécurité des usagers de la gestion des risques.
- Rapport de données sociodémographiques 2018-2019 faisant état des principales caractéristiques de la population du RTS du CIUSSS-EMTL.
- Mise à jour du plan d'amélioration continue de la qualité des normes sur la gouvernance du 17 mai 2018.
- Entente de gestion et d'imputabilité de 2018-2019.
- Plan d'action biennal 2018-2020 à l'égard des personnes handicapées.
- Dépôt du rapport d'analyse annuel 2017-2018 concernant l'utilisation et les pratiques professionnelles entourant le recours aux mesures de contrôle.
- Rapport annuel de gestion des risques de P1 à P13.
- Rapport annuel 2017-2018 du comité des usagers du centre intégré (CUCI), sa transmission au MSSS, ainsi que la description des suivis que le conseil d'administration a accordés, ou qu'il entend donner aux recommandations formulées à son attention, par son CUCI.
- Dépôt du rapport annuel 2017-2018 du CMDP.
- Dépôt du rapport annuel 2017-2018 du CII.

- Dépôt du rapport annuel 2017-2018 du CM.
- Dépôt du rapport annuel 2017-2018 du comité de gestion des risques.
- Dépôt du rapport annuel 2017-2018 sur les activités de l'éthique clinique.
- Dépôt du rapport annuel 2017-2018 du CÉR, mandater le président-directeur général afin qu'il en assure la transmission à l'Unité de l'éthique du MSSS, nomination de membres selon leur domaine d'expertise, nomination du docteur Stéphane P. Ahern comme président du CÉR, et Mme Vanessa Chenel comme vice-présidente.
- Rapport annuel 2017-2018 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits et du médecin examinateur.
- Dépôt du rapport annuel 2017-2018 du CVQ.
- Appui pour la mise en place d'un réseau de cancérologie des sarcomes musculo-squelettiques et la désignation du CIUSSS-EMTL pour l'installation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont comme centre de référence;
- Accès aux ressources spécialisées et aux plateaux techniques tel que requis pour un centre surspécialisé en cancérologie des sarcomes musculosquelettiques.
- Dépôt du rapport semi-annuel du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018 sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.
- Rapport financier et du formulaire de validation des paramètres budgétaires du CUCI, sa transmission ainsi que la description des suivis que le conseil d'administration a accordés, ou qu'il entend donner aux recommandations formulées à son attention, au MSSS.
- Désignation de Mme Ewa Michalkiewicz à titre de représentante du CUCI au conseil d'administration du CIUSSS-EMTL, et ce, pour le reste du mandat de 2018-2021.
- Mise à jour du plan d'amélioration continue de la qualité des normes sur la gouvernance en date du 25 octobre 2018.
- Résultats aux indicateurs et cibles suivis par le comité de prévention et de contrôle des infections pour les périodes 1 à 5.
- Dépôt du rapport trimestriel du registre local des incidents et accidents couvrant les périodes P1 à P4.
- Tableau de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2018-2019.
- Politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.
- Demande de modification du permis d'établissement pour chacun des CLSC du CIUSSS-EMTL et l'IUSMM afin d'y ajouter des services de consultations externes qui sont associés à la mission des centres hospitaliers généraux et spécialisés, autorisation au président-directeur général à signer la demande de modification de permis ainsi que toute autre document nécessaire au soutien de cette demande.
- Tableau de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2018-2019.
- Mise à jour du plan d'amélioration continue de la qualité des normes sur la gouvernance au 11 janvier 2019.
- Code d'éthique et de déontologie des administrateurs révisé.
- Dépôt du rapport trimestriel du registre local des incidents et des accidents couvrant les périodes P1 à P7.
- Résultats aux indicateurs et cibles suivis par le comité de prévention et de contrôle des infections pour les périodes 1 à 8.
- Addenda de l'entente de gestion et d'imputabilité de 2018-2019.
- Règlement sur les heures de visites et règles de conduite des visiteurs en milieu hospitalier.
- Démission de Mme Ghislaine Prata à titre de membre du conseil d'administration du CIUSSS-EMTL; autorisation au président-directeur général à fournir les propositions de candidatures advenant une demande en ce sens par la ministre; remerciements à Mme Ghislaine Prata pour son dévouement, sa sollicitude et son excellent travail au cours des dernières années au sein du C.A. du CIUSSS.

## Résultats obtenus en fonction du mandat du comité

Cette année, pour continuer à améliorer son fonctionnement, les membres du CVQ ont porté une attention particulière à trois principaux objectifs :

### 1. Améliorer la synthèse des documents déposés au CVQ pour faire ressortir les faits saillants

Pour atteindre cet objectif, les principaux dossiers du plan de travail du CVQ ont été intégrés à l'un ou à l'autre des tableaux de bord. Cette intégration a favorisé l'analyse de la performance sur l'accessibilité et la qualité des services offerts.

### 2. Poursuivre le développement des deux tableaux de bord (TB) sur l'appréciation de la qualité et le suivi des recommandations

- Les travaux se sont poursuivis tout au long de l'année pour améliorer le visuel et l'analyse des deux TB.
- Tout d'abord, une nouvelle refonte du TB de l'appréciation de la qualité a été présentée au CVQ le 4 septembre et le 28 novembre 2018. Le TB CVQ permet une évaluation globale de la performance organisationnelle en portant un jugement de valeur sur différentes dimensions de la qualité et de l'accessibilité. Ce TB est basé sur les meilleures pratiques tout en s'inspirant de différents modèles de TB. En plus, ce TB a évalué plus de 100 indicateurs avant de retenir les plus pertinents. Toutefois, le défi demeure l'accessibilité aux données. Par ailleurs, les membres du CVQ ont pu commenter tout au long de l'année le TB afin que celui-ci réponde à leurs exigences et donne une vision globale de l'appréciation de la qualité et de l'accessibilité des services offerts au CIUSSS.
- Le visuel du TB suivi des recommandations a grandement été amélioré afin de faire ressortir les faits saillants. Tout au long de l'année, de nouvelles sources de recommandations ont été intégrées afin d'avoir un portrait le plus complet possible des recommandations émises à l'établissement.

### 3. Modifier le plan de travail pour répondre aux nouvelles exigences du MSSS et répondre aux demandes de suivis des membres du CVQ

Pour réaliser cet objectif, le plan de travail du CVQ a été modifié pour intégrer ces nouveaux dossiers, soit l'environnement sans fumée, la maltraitance, les ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF). De plus, en fonction des commentaires des membres, le rapport sur les contentions devait être suivi deux fois par année. La politique organisationnelle pour un environnement sans fumée doit être présentée tous les deux ans. Par conséquent, les travaux seront présentés en septembre 2019. La politique-cadre pour la maltraitance a été présentée en octobre dernier. Les données sur les ressources intermédiaires et de type familial ainsi que les données sur les contentions ont été présentées en mai 2019. Pour cette année, le dossier sur les contentions n'aura été présenté qu'une seule fois.

## Recommandations au CVQ pour l'année 2019-2020

### • *Rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services*

La commissaire aux plaintes et à la qualité n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services au CVQ.

### • *Rapport du comité de révision*

Le comité de révision a émis trois recommandations en matière de la qualité des services au CVQ. :

- ✓ le comité de révision réitère sa recommandation de l'an dernier, il tient à rappeler l'importance de l'information dispensée aux patients;

- ✓ il tient à souligner que la qualité des communications à entretenir avec les patients est primordiale;
  - ✓ il est également recommandé qu'une attention soit portée afin que soient diminués les délais dans le classement des notes aux dossiers des patients au niveau du Service des archives, bien qu'il semble y avoir déjà du progrès.
- *Comité des usagers du centre intégré (CUCI)*  
Le CUCI a émis trois recommandations dans son rapport annuel. L'une concerne le rayonnement de ce comité auprès de la population et les deux autres ont été émises en matière de qualité des services, soit :
    - ✓ maintenir ou reconnaître les particularités du territoire pour s'assurer que les usagers reçoivent des services dans leur langue;
    - ✓ s'assurer de l'accessibilité à un médecin de famille pour la population de notre territoire.
  - *Conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)*  
Le CMDP n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services au CVQ.
  - *Comité des infirmières et des infirmiers (CII)*  
Le CECII a émis dix recommandations dans son rapport annuel. Plusieurs recommandations visent la poursuite des statutaires, ce qui permettra d'aborder les recommandations relatives au bon fonctionnement du comité. Une rencontre avec la Direction et les représentants du comité permettra d'échanger sur ces recommandations et de trouver des pistes d'action. Également, des recommandations concernent le temps supplémentaire obligatoire; le tableau de bord du C.A. suit un indicateur à cet effet. Ces recommandations seront transmises au comité des ressources humaines pour information.  
  
Trois recommandations concernent la qualité des services :
    - ✓ la clientèle, à besoins particuliers, a une accessibilité aux soins et services réduite. Il est recommandé que les soins pour cette clientèle soient desservis au sein du CIUSSS-EMTL et non dans un autre CISSS ou CIUSSS lorsque ceux-ci sont disponibles dans notre centre;
    - ✓ clarifier le rôle des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans leurs différents milieux de pratique et s'assurer de la bonne application et l'intégration de celles-ci;
    - ✓ s'assurer d'un déploiement adéquat des ressources IPS selon les besoins de la clientèle.
  - *Conseil multidisciplinaire (CM)*  
Le CECM n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services au CVQ.
  - *Comité de gestion des risques (CGR)*  
Le CGR a émis deux recommandations en matière de la qualité des services au CVQ :
    - ✓ Pour consolider ses rôles de vigie et de promoteur de la sécurité au sein du CIUSSS, le CGR s'assurera, en septembre prochain, de présenter, bonifier et mettre à jour le plan de sécurité pour suivre l'évolution, dès l'hiver, des améliorations et des interventions touchant la sécurité des usagers et pour être conforme avec Agrément Canada (poursuite d'une action de 2018-2019).
    - ✓ Afin de réduire des facteurs de risque évalués prioritaires en lien avec la prestation sécuritaire des soins et services aux usagers, il est recommandé de suivre :
      - le déploiement de la politique et des procédures de codes de couleurs (particulièrement, codes bleu et rose) dans les installations hospitalières de soins de courte durée (poursuite d'une action de 2018-2019), notamment la mise en place du comité de réanimation;
      - les stratégies des directions-cliniques mises en place afin d'exercer leur leadership sur l'organisation des soins afin de prévenir les chutes;

- les travaux de concertation des différents acteurs impliqués (Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance, équipe gestion des risques, comité prévention du suicide, soutien clinique) en prévention du suicide ayant pour but l'élaboration d'actions transversales suite aux analyses approfondies et aux rapports du Bureau du coroner;
  - ✓ les travaux réalisés en lien avec la pratique organisationnelle requise (POR) « transfert de l'information aux points de transition des soins » et son application au sein du CIUSSS.
- *Rapport d'activité de l'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO)*  
Le CÉCO n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services au CVQ.
  - *Comité d'éthique de la recherche (CÉR)*  
Le CÉR n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services au CVQ.
  - *Comité interdisciplinaire sur la prévention des chutes et de l'utilisation des mesures de contrôle*  
Le comité interdisciplinaire sur la prévention des chutes et de l'utilisation des mesures de contrôle n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services.

### **Le tronc commun des recommandations qui ressort à la suite de l'analyse intégrée des recommandations émises**

L'analyse des différentes recommandations en matière de qualité des services permet de circonscrire des tendances ou thématiques plus générales. Voici les principaux thèmes pour cette année :

- communication en partenariat avec l'utilisateur et transfert de l'information;
- accessibilité (notamment première ligne);
- suivi et soutien de l'implantation de politiques, procédures et plans d'action en lien avec la qualité et la sécurité des soins et services dans des thématiques spécifiques (médecin de famille, prévention suicide, codes, pratique organisationnelle requise (POR) - transfert de l'information, programmes des chutes).

### **Recommandations du CVQ**

*Conclusion que le CVQ tire, après avoir établi les liens systémiques entre ces rapports de recommandations et les dossiers spécifiques présentés au cours de l'année :*

- poursuite du développement de projets pour soutenir l'approche du partenariat avec l'utilisateur;
- présentation régulière du dossier concernant l'accès aux personnes ayant un handicap (priorités ministérielles et travaux concernant la transformation des services de santé mentale et les orientations ministérielles concernant le déploiement de « agir tôt »);
- continuation à suivre, de niveau stratégique, les orientations de l'implantation des pratiques cliniques (en lien avec la pertinence clinique), l'actualisation du mandat de certification des résidences privées pour aînés (RPA) dans le secteur de l'hébergement pour les personnes âgées et l'actualisation des recommandations en matière de qualité incluses dans les rapports annuels des comités présentés au C.A. dans le TB des recommandations.

### *Recommandations qui ont été émises*

- Que le CVQ suive l'évolution du volume des plaintes concernant les résidences privées pour aînés sur le territoire du CIUSSS-EMTL et que lui soit présenté un état de situation annuel relatif à la sécurité et à la qualité des services de ces milieux de vie.

- Que l'établissement présente au CVQ ses travaux relatifs :
  - ✓ à la trajectoire de soins et services en santé mentale incluant les services dans la communauté;
  - ✓ aux soins et services en petite enfance et jeunes en difficulté;
  - ✓ aux stratégies pour soutenir l'implantation des pratiques cliniques.

### **Perspectives d'action pour la prochaine année**

Pour l'année 2019-2020, considérant les constats ci-dessus et au regard des résultats du sondage sur le fonctionnement du CVQ, les objectifs suivants seront poursuivis :

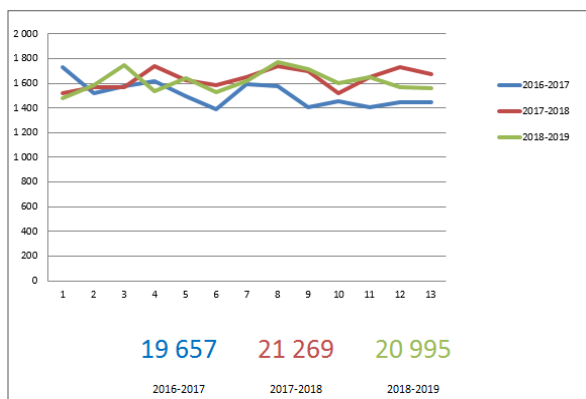
- considérant les suivis qui ont été attendus l'an passé, la présentation d'un état de situation sur le programme d'accès aux services en langue anglaise serait à placer dans les dossiers spécifiques du CVQ;
- considérant les travaux évolutifs concernant l'évaluation de la qualité, le CVQ poursuivra le développement du TB sur l'appréciation de la qualité ainsi que ceux sur le rapport dans ce domaine;
- en fonction des résultats d'évaluation du fonctionnement du CVQ, le comité poursuivra ses efforts à fournir au moins une semaine et demie à l'avance la documentation aux membres afin qu'ils aient le temps nécessaire pour se préparer;
- dans le même ordre d'idées, le comité poursuivra ses efforts afin de synthétiser les informations des dossiers présentés au CVQ, notamment en ciblant les enjeux et les actions pour y remédier.

## Comité de gestion des risques

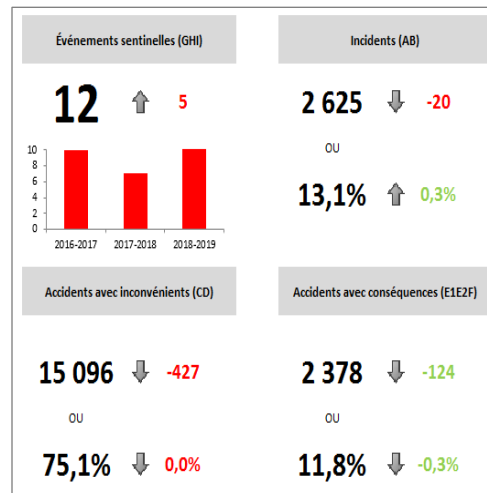
Le comité de gestion des risques réalise le suivi trimestriel des rapports d'incidents et accidents sous la responsabilité de l'établissement.

L'extraction des données fut réalisée le 9 mai 2019. À noter que le nombre total d'incidents et accidents inclut les déclarations dont l'analyse sommaire n'est pas complétée et les gravités indéterminées.

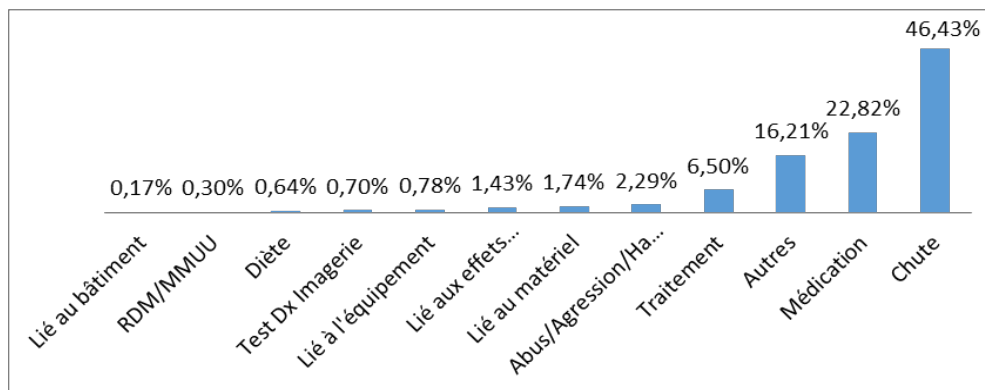
Volume périodique d'AH-223 sur 3 ans



Gravité des incidents et accidents 2018-2019



Types d'événements 2018-2019



Les tendances globales observables sont les suivantes :

- Une baisse des déclarations (1,3 %) est attribuable en partie à la diminution de déclarations de la période 12 et 13. L'extraction des données a été faite le 9 mai 2019, soit 39 jours suite à la fin de l'année financière. Cet écart s'explique par le délai de saisies et de transmission des rapports au format papier.
- Il y a une augmentation de 0,3 % de la proportion d'incidents (A-B) déclarés représentant 13,1 % de tous les événements.
- Les événements avec conséquences temporaires (E1, E2 et F) représentent 11,8 % et ont diminué par rapport à l'an dernier.
- Le nombre d'événements sentinelles ayant eu des conséquences permanentes chez les patients a augmenté. Il y a eu 12 événements de gravité G-H-I en 2018-2019,

comparativement à sept en 2017-2018. À noter que neuf analyses approfondies ont été produites pour ces 12 événements et 30 recommandations ont été émises. Les trois autres événements sont présentement en cours d'analyse approfondie.

- Les chutes demeurent le type d'événement le plus courant avec une proportion de 46,4 % de toutes les déclarations. Les erreurs de médication sont le deuxième type d'événement le plus courant avec une proportion de 22,8 %. Les événements de type « autres » représentent 16,2 % de tous les événements indésirables survenus en 2018-2019.

Par ailleurs, au cours de l'année, les membres du CGR ont souhaité une participation plus active lors des rencontres. Désormais, chaque direction présente ses faits saillants en lien avec la prestation sécuritaires. Lors des présentations des comités partenaires, des périodes d'échanges constructives sont réalisées et apportent des pistes d'amélioration aux différents sujets traités et selon leurs réalités opérationnelles.

## Personnes mises sous garde

### Personnes mises sous garde 2018-2019

Catégorie	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total	
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1 165	-	-	-	1 165	
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	60	Voir note 1
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	145	-	-	-	145	Voir note 2
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	764	Voir note 3
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	698	-	-	-	698	Voir note 4

**Note 1 :**

Il arrive qu'un médecin remplisse une demande de garde provisoire, mais que celle-ci ne soit finalement pas présentée au tribunal. Voir tableau complémentaire 1.

**Note 2 :**

Prendre note que les chiffres diffèrent de ceux présentés dans le rapport annuel de gestion 2017-2018 alors que seulement les demandes de gardes provisoires préparées par le CIUSSS-EMTL avaient été considérées. Cette année, les ordonnances de garde provisoire exécutées (sans que la demande ait été faite par le CIUSSS-EMTL) sont considérées. Voir tableau complémentaire 2.

**Note 3 :**

Nombre de requêtes faites au tribunal (n=753), incluant celles 1) pour une 1re garde (n=666) ou un renouvellement (n=99) et 2) les désistements (n=66). Voir tableau complémentaire 3.

**Note 4:**

Les désistements sont exclus (n=66).

<b>TABLEAU COMPLÉMENTAIRE 1</b>	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	<b>60</b>
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire complétées par un médecin mais finalement non présentées au tribunal.	12	-	-	-	<b>12</b>

<b>TABLEAU COMPLÉMENTAIRE 2</b>	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées (demandes préparées par le CIUSSS-EMTL)	59	-	-	-	<b>59</b>
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées par le CIUSSS-EMTL	86	-	-	-	<b>86</b>
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>145</b>

<b>TABLEAU COMPLÉMENTAIRE 3</b>	<b>Mission CH</b>	<b>Mission CHSLD</b>	<b>Mission CLSC</b>	<b>Mission CR</b>	<b>Total</b>
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	<b>666</b>
Nombre de demandes de renouvellement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	<b>99</b>
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement (incluant les renouvellements)	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	<b>764</b>
Désistements	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	<b>66</b>
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	<b>698</b>

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

### Faits saillants et plaintes traitées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

- 636 sont conclues en cours d'exercice;
- 907 motifs de plainte étudiés;
- 924 mesures d'amélioration sont mises en place (plaintes et interventions);
- 4 recommandations sont faites;
- 429 dossiers de plaintes conclus dans le délai légal de 45 jours;
- 31 dossiers sont transmis au Protecteur du citoyen pour un recours en 2<sup>e</sup> instance.

### Nombre et motifs d'insatisfactions des usagers par catégorie

Des 2 912 dossiers traités au cours de l'année 2018-2019, 3 263 motifs ont été étudiés et répartis dans le tableau ci-dessous.

Motifs	Plainte	Plainte médicale	Assistance	Intervention	Consultation	Total
Accessibilité	144	19	489	15	5	<b>672</b>
Aspects financiers	30	0	101	9	7	<b>147</b>
Autre	2	0	40	1	1	<b>44</b>
Droits particuliers	52	16	453	23	60	<b>604</b>
Organisation du milieu et ressources matérielles	100	0	148	22	7	<b>277</b>
Relations interpersonnelles	248	48	137	51	6	<b>490</b>
Soins et services dispensés	331	113	493	84	8	<b>1 029</b>
<b>Total</b>	<b>907</b>	<b>196</b>	<b>1 861</b>	<b>205</b>	<b>94</b>	<b>3 263</b>

### Faits saillants et plaintes traitées par le médecin examinateur (ME) selon le système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) du MSSS, tenu selon les plaintes qui sont transmises par le commissaire au ME et ensuite fermées au SIGPAQS

- 154 plaintes reçues en 2018-2019; 149 sont conclues en cours d'exercice;
- 196 motifs de plainte étudiés;
- 46 mesures et recommandations sont mises en place;
- 72 % des dossiers de plainte sont traités à l'intérieur du délai légal de 45 jours;
- 18 dossiers sont transmis au comité de révision.

Sur le site Web du CIUSSS, les usagers ont accès à une section informative leur donnant tous les renseignements à connaître lorsqu'ils souhaitent faire une consultation, demander un accompagnement, ou encore, déposer une plainte. Ils ont également accès au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

Le dépliant intitulé « Améliorer la qualité des services : notre préoccupation constante! » a été distribué dans toutes les installations du CIUSSS. Un formulaire permettant aux usagers d'exprimer leur satisfaction ou leur insatisfaction est disponible dans tous les services d'accueil.

En parallèle, une section pour les employés est disponible dans l'intranet. Il fournit toutes les informations nécessaires pour accompagner les usagers dans la procédure à suivre.

Pour communiquer avec l'équipe de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, consultez le site Web du CIUSSS au [www.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca), sous la section « Nous joindre ».

## Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

### Résumé du rapport

Le président-directeur général doit, chaque année, faire rapport au C.A. sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie. L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans son rapport annuel de gestion. Voici donc un bref résumé des activités réalisées au CIUSSS-EMTL concernant l'aide médicale à mourir.

### Les activités mises en place

Après près de trois ans d'implantation, le CIUSSS-EMTL présente dans ce document l'avancement des travaux concernant le déploiement des soins de fin de vie pour sa population de l'Est de l'île de Montréal. Ce rapport montre l'engagement et la volonté du CIUSSS d'offrir à sa population les conditions nécessaires pour permettre l'accompagnement en fin de vie, en toute dignité et dans le respect des choix individuels. De plus, en vertu de l'article 73 de la *Loi des soins de fin de vie*, ce rapport présente les données recueillies ainsi que les activités principales réalisées dans le cadre du Plan de développement des soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020, soit du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019.

### Voici l'état d'avancement de la mise en place du plan de développement des soins palliatifs 2015-2020 :

Mise en place de huit groupes de travail étayés par l'expertise pertinente pour le déploiement du mandat :

- groupe interdisciplinaire sur les directives médicales anticipées (DMA), la sédation palliative et l'aide médicale à mourir (AMM);
- groupe interdisciplinaire sur la formation et le développement des compétences en soins palliatifs, selon le Plan ministériel de développement;
- groupe de proches aidants;
- groupe guichet universel;
- groupe de données et de reddition de compte;
- groupe de bénévoles et de soins spirituels;
- groupe de continuum de soins et de services de soutien à domicile (SAD);
- groupe de continuum Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

### Partenariats

En conformité avec les orientations ministérielles, le CIUSSS-EMTL s'est engagé à offrir des services de soins palliatifs et de fin de vie de qualité et adaptés aux besoins de sa clientèle en collaboration avec ses partenaires. Plusieurs ententes ont été réalisées :

- l'entente de partenariat avec la Société des soins palliatifs à domicile (SSPAD) qui offre des services de soins palliatifs à domicile et du répit pour les proches;
- l'entente de partenariat avec la maison de soins palliatifs pédiatriques Le Phare Enfants et Familles qui offre des services de soins palliatifs, d'accompagnement et de répit à la clientèle pédiatrique.

### Formation

Prévu au Plan de développement 2015-2020, le développement des compétences pour les professionnels occupe une place importante au sein du Programme des soins palliatifs afin d'offrir des services de qualité à la population. Au cours des six derniers mois, plus de 425 professionnels ont été formés. Ces formations générales sont d'une durée de quatre heures et

sont offertes à tous les types d'intervenants de l'équipe interdisciplinaire qui sont susceptibles d'intervenir auprès des personnes recevant des soins palliatifs et de fin de vie. De plus, 325 préposés aux bénéficiaires des CHSLD ont été formés au volet 3 (formations particulières par type d'intervenant). Ce volet est associé à l'approche par mentorat et la formation est spécifique à chaque type d'intervenants.

Ces formations sont en lien avec les volets 2 et 3 du plan ministériel du développement des compétences.

### Évaluation de la qualité

Dans une démarche d'amélioration continue, le programme de soins palliatifs assure l'évaluation de l'atteinte des objectifs et des résultats par :

- l'implantation d'un tableau de bord de gestion intégrant les indicateurs de résultats du Plan de développement des soins palliatifs et des normes d'agrément;
- l'élaboration des priorités d'amélioration continue en suivi de la prévisite d'Agrément a été effectuée à l'automne 2016.

### Demandes réalisées

Voici les informations reliées aux activités de soins de fin de vie depuis l'implantation des activités :

PÉRIODE DU 10 DÉCEMBRE 2017 AU 31 MARS 2018		
Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 655
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	15
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	27
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	17
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	10
	<b>Raisons de non administration du soin :</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne a retiré sa demande/a changé d'avis : 2</li> <li>• La personne est décédée avant l'administration : 2</li> <li>• La personne est décédée avant la fin de l'évaluation : 3</li> <li>• La personne a cessé de répondre aux critères en cours de processus : 2</li> <li>• La personne ne répondait pas aux conditions au moment de la demande : 1</li> </ul>	

**PÉRIODE DU 1<sup>er</sup> AVRIL 2018 AU 31 MARS 2019**

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	3 823
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	48
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	117
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	73
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	44
		<p><b>Raisons de non administration du soin :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne a retiré sa demande/a changé d'avis : 8</li> <li>• La personne est décédée avant la fin de l'évaluation : 6</li> <li>• La personne est décédée avant l'administration : 8</li> <li>• La personne ne répondait pas aux conditions au moment de la demande d'AMM : 8</li> <li>• La personne répondait aux conditions au moment de la demande d'AMM, mais a cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation : 12</li> <li>• Demandes en cours d'évaluation ou de processus : 2</li> </ul>



## LES RESSOURCES FINANCIÈRES

### 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 engager aucun déficit en fin d'exercice.

Pour l'exercice clos le 31 mars 2019, il a réalisé un déficit de 30 205 766 \$. Par conséquent, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Le déficit au fonds d'exploitation de 29 493 757 \$ s'explique, d'une part, par l'actualisation de notre plan d'équilibre budgétaire accepté par le MSSS prévoyant le retour à l'équilibre à la fin de l'exercice 2020-2021 qui prévoit une cible budgétaire déficitaire de 23 020 000 \$ pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2019. Le déficit résiduel du fonds d'exploitation de 6 473 757 \$ est expliqué par des hausses de coûts des médicaments oncologiques et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

L'explication du déficit de 712 009 \$ au fonds d'immobilisation est reliée à l'utilisation du solde de fonds cumulé.

### Contrats de service

*Loi sur la gestion et contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'état - Contrats de services au 31 mars 2019*

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>	11	3 933 652,10 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	163	24 905 506,07 \$
<b>Total des contrats de services</b>	<b>174</b>	<b>28 839 158,17 \$</b>

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

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

## Répartition des dépenses des activités principales par programme-service

*Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme*

PROGRAMMES	MONTANT
<b>PROGRAMMES-SERVICES</b>	
Santé publique	13 150 790 \$
Services généraux - activités cliniques et d'aide	40 807 950 \$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	247 938 399 \$
Déficiência physique	18 569 217 \$
Déficiência intellectuelle et TSA	9 316 807 \$
Jeunes en difficulté	9 378 122 \$
Dépendances	848 885 \$
Santé mentale	164 564 082 \$
Santé physique	406 519 124 \$
<b>PROGRAMMES SOUTIEN</b>	
Administration	73 268 870 \$
Soutien aux services	109 104 767 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	89 591 875 \$
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>	<b>1 183 058 888 \$</b>

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

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

Nom de l'établissement : CIUSSS de L'Est-de-L'île-de-Montréal      Code : 1104-5200      Page / Idn. : 140-00 /  
exercice terminé le 31 mars 2019

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

### Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve      O : Observation      C : Commentaire

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

R : Régulé      PR : Partiellement Régulé      NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
(Immeubles loués à la SQI; Applicable à HSCO, LT, PDI et SLSM): 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.	2014-2015	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats de location avec la SQI présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «Immobilisations corporelles louées» du Manuel des CPA Canada.			NR
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
(Applicable au CIUSSS complet): Compte tenu que les systèmes des anciens établissements ne sont pas unifiés, il n'est pas possible de s'assurer qu'un usager n'est compilé qu'une seule fois dans les centres d'activités ayant l'usager comme unité de mesure.	2015-2016	C	Un exercice d'extractions des différentes bases de données et d'identification des doublons a permis de constater que ceux-ci, lorsqu'applicables, représentaient moins de 1% du nombre décompté, ce qui est jugé non matériel.  L'implantation d'un identifiant unique est actuellement en planification au ministère. Nous effectuerons les travaux nécessaires selon l'échéancier que le ministère élaborera.		PR	
L'unité de mesure "Intervention" du sous-centre d'activités "5922 - Intervention et suivi de crise" a été estimée, ce qui n'est pas conforme aux directives du Manuel de gestion	2016-2017	O		R		

financière.					
Nous avons relevé des usagers compilés en double dans l'unité de mesure "Usager" du sous-centre d'activités "5922 - Intervention et suivi de crise".	2016-2017	O		R	
Nous avons relevé un manque d'approbation du registre de présence de l'unité de mesure "jour-présence" du sous-centre d'activités 6986-Foyer de groupe en santé mentale Adultes.	2017-2018	O		R	
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>					
(Applicable à SLSM): Lors de notre audit des contrôles généraux informatiques, nous avons constaté que les applications locales ne sont pas sauvegardées à l'externe, contrairement aux applications financières qui sont sauvegardées au Technocentre.	2014-2015	C	À la suite du déploiement de l'anneau de fibre optique multisites depuis 2017, la mise en place du nouveau système de sauvegarde est en finalisation, avec sauvegarde hors sites pour la très grande majorité de nos applications. Exceptionnellement pour SLSM, une contrainte opérationnelle sur une application critique nous oblige à conserver les sauvegardes sur le même site. Nous allons mettre en place une solution sur ce point le plus tôt possible avant la fin de l'année financière 2019-2020.		PR
Un montant de 2 796 000 \$ de projets de recherche terminés a été présenté aux revenus reportés plutôt qu'aux résultats.	2018-2019	O	L'établissement ne s'est pas conformé à l'ensemble des directives de l'annexe H puisque des projets terminés, en surplus, ont été comptabilisés aux revenus reportés plutôt qu'aux résultats. Cette situation ainsi que les enjeux sont connus du ministère, notamment la pérennité des activités de recherche à long terme. Un plan d'action sera développé en 2019-20 afin d'adresser cette non-conformité.		PR
<b>Rapport à la gouvernance</b>					
(Appartient à PDI): La classification des actifs informationnels n'est pas établie, tel qu'exigé à la mesure 3.1 du Cadre global de gestion. L'établissement n'a pas mis en place	2014-2015	O	L'inventaire, la classification et l'analyse des risques pour les actifs informationnels du CIUSSS sont en cours et réalisés		PR

<p>un processus afin d'analyser les risques à l'égard de la sécurité informatique, tel qu'exigé à la mesure 3.2 du Cadre global de gestion.</p>			<p>selon les normes et exigences du MSSS. Cet exercice, planifié initialement pour 2017-2018, a débuté fin 2018 et sera complété au courant de l'exercice financier 2019-2020 pour les secteurs et actifs critiques.</p>			
<p>(Appartient à PDI): Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès à l'application MédiAccès alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.</p>	<p>2014-2015</p>	<p>O</p>	<p>Une politique encadrant la gestion des accès a été mise en place en 2018-2019. Les détenteurs (gestionnaires) autorisent les accès et les pilotes d'application donnent les accès aux utilisateurs. Étant donné que les pilotes peuvent eux-mêmes être utilisateurs, des mesures supplémentaires sont en place afin d'assurer le contrôle et la vérification des accès et des journaux. De plus, les processus répondent à la règle du moindre privilège.</p> <p>Cette observation s'applique dans une majorité des CIUSSS et CIUSSS et c'est pour une raison d'efficacité des pilotes de systèmes que l'établissement conserve la même façon de faire. Avec les contrôles compensatoires en place, le risque est mineur par rapport au gain d'efficacité au sein des équipes.</p>		<p>PR</p>	
<p>(Appartient à PDI): La direction a mis en place au cours de l'exercice 2011-2012 un processus de surveillance de l'efficacité des contrôles internes de l'établissement. En 2013-2014, la description de tous les contrôles s'est poursuivie et les résultats de la surveillance des contrôles effectués ont été transmis au comité d'audit en mars 2014. L'échéancier de la surveillance des contrôles reste à établir. La personne chargée de surveiller l'efficacité des contrôles internes participe à l'exécution de ces mêmes contrôles, ce qui est contraire aux principes de</p>	<p>2014-2015</p>	<p>O</p>	<p>L'organisation a mis en place une série de contrôles depuis sa création et ils ont été améliorés au fur et à mesure que des révisions faisaient ressortir des besoins de rajouter ou de modifier des contrôles.</p> <p>Ce processus continu s'effectue à l'intérieur des équipes concernées.</p>		<p>PR</p>	

base de la surveillance de l'efficacité de ces contrôles internes.						
Nous avons observé que des utilisateurs des applications GRF peuvent créer une écriture de journal et peuvent aussi approuver cette écriture de journal.	2016-2017	<b>O</b>	<p>La procédure ayant pour objectif de faire approuver les écritures par une personne autre que celle qui l'a enregistrée aux livres, a été déployée au cours de l'exercice 2018-2019.</p> <p>Pour l'année 2019-2020, la procédure sera pleinement réalisée en ajoutant un contrôle visant une vérification supplémentaire des autorisations des écritures de journal.</p>		<b>PR</b>	

## Divulgations d'actes répréhensibles reçues et traitées au CIUSSS-EMTL

Reddition de compte 2018-2019 Article 25 Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics)	Nombre de divulgations ou communications par point
1. Divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations <sup>1</sup>	0
2. Nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) <sup>2</sup>	0
3. Nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3° de l'article 22	0
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment</li> </ul>	0
5. Nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations	0
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	0
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé	0
8. Nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 <sup>3</sup>	0

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

**ANNEXE 1 – CODE DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS  
APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	2
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	6
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	10
Section 4 — APPLICATION.....	12
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	17
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	18
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	19
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	20
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	21
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	22
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	23

## **PRÉAMBULE**

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

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

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

### Fondement légal

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

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

## Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Personne raisonnable* : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>1</sup>.

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

#### Champ d'application

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

#### 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.

#### Diffusion

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

---

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

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

### Principes d'éthique

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

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

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

### Règles de déontologie

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

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

#### **8.1** Disponibilité et compétence

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

#### **8.2** Respect et loyauté

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

#### **8.3** Impartialité

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

#### **8.4** Transparence

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

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

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

#### **8.6** Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

#### **8.7** Relations publiques

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

#### **8.8** Charge publique

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

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

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

#### **8.10** Avantages et cadeaux

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

#### **8.11** Interventions inappropriées

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

#### 1.12 Réputation et crédibilité

- Agir avec intégrité, objectivité et loyauté dans l'intérêt de l'établissement afin d'en préserver la réputation et la crédibilité.
- Déclarer au conseil d'administration toute information ou situation, passée, actuelle, ou prévisible l'impliquant directement ou indirectement et qui est susceptible d'affecter la réputation ou la crédibilité de l'établissement.

### Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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.

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.

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.

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

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

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.

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

## Section 4 – APPLICATION

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

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

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

### Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

#### Comité d'examen *ad hoc*

**18.1** Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

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

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

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, au 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 comité de gouvernance et d'éthique, avant adoption par le conseil d'administration de la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

#### Processus disciplinaire

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

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

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

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

faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 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.

#### Obligations en fin du mandat

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

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

## **ANNEXES**

## Annexe I – Engagement et affirmation du membre

### Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, membre du conseil d'administration du **CIUSSS de l'Est-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 \_\_\_\_\_, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le \_\_\_\_\_.

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

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

En foi de quoi, j'ai \_\_\_\_\_, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du **CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal** et je m'engage à m'y conformer.

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



**Annexe III – Déclaration des intérêts du membre**

Je, \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d’administration du **CIUSSS de l’Est-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 \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Emploi**

J’occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

En foi de quoi, j’ai pris connaissance du Code d’éthique et de déontologie des administrateurs du **CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal** à m’y conformer.

\_\_\_\_\_

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

## Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

<p>Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du <b>CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal</b>, déclare les éléments suivants :</p>		
<b>1. Intérêts pécuniaires</b>		
<input type="checkbox"/> Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.		
<input type="checkbox"/> Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :		
_____		
_____		
_____		
<b>2. Titre d'administrateur</b>		
<input type="checkbox"/> Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.		
<input type="checkbox"/> J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:		
_____		
_____		
_____		
<b>3. Emploi</b>		
<p>« 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.</p> <p>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).</p>		
En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du <b>CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal</b> à m'y conformer.		
_____	_____	_____
<b>Signature</b>	<b>Date [aaaa-mm-jj]</b>	<b>Lieu</b>



## Annexe VI – Signalement d’un manquement présumé au Code

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, estime que le membre suivant : \_\_\_\_\_, se trouve en contravention de ses responsabilités et obligations telles qu’énoncées au présent Code en regard des faits suivants :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

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

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

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