



Rapport annuel de gestion

2019–2020

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

POUR
UN MONDE
EN SAN+É

Québec 

Rapport annuel de gestion 2019-2020

est une production de la Direction adjointe des communications et des relations avec les médias du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

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

ciusssnordmtl.ca

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne, sur le site web de l'établissement.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2020

ISBN : 978-2-550-87373-0

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Bibliothèque et Archives Canada, 2020

TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DES AUTORITÉS	5
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	9
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	10
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	23
5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	50
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	64
7. LES RESSOURCES HUMAINES	66
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES	68
9. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	71
10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....	73
ANNEXE 1 LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	74

1. Message des autorités

L'année 2019-2020 s'est déroulée, tout comme la précédente, sous le signe des quatre priorités organisationnelles du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM).

En septembre dernier, le CIUSSS NIM avait entrepris une ambitieuse révision de son plan clinique, c'est-à-dire de l'ensemble de son offre de services pour la clientèle. L'objectif de cette démarche est d'obtenir une vision claire des soins et services à offrir à notre population sur l'horizon 2020-2030 en fonction des besoins évolutifs de notre clientèle actuelle et future, et d'y rattacher ensuite les différents plans de main-d'œuvre, d'immobilier, d'informatisation clinique, et de finances. Malheureusement, l'arrivée de la COVID-19 est venue contrecarrer nos plans dès le début de l'année 2020. Ce projet organisationnel devra par ailleurs subir des changements importants au cours de la prochaine année, toujours en lien avec le bouleversement amené par la pandémie de la COVID-19.

Un CIUSSS attirant, accueillant et innovant

L'attrait et la rétention du personnel représentent un défi pour les organisations de notre secteur, surtout en période de plein-emploi. Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal a su se démarquer et se montrer attrayant avec le lancement de la marque employeur « Juste ici ». La signature dynamique et le ton humoristique assumé nous positionnent comme un milieu de travail stimulant et accueillant pour les jeunes employés.

Une riche réflexion a été menée afin de positionner la diversité sexuelle et de genre et l'inclusion comme priorité organisationnelle. Notre objectif est que cette priorité soit portée par tous et réellement soutenue par des actions concrètes, et ce, afin d'assurer l'accès à l'égalité pour tous en emploi. Ainsi, en plus d'une grande journée de réflexion avec l'ensemble des cadres du CIUSSS, nous avons transmis un premier rapport d'implantation du programme d'accès à l'égalité en emploi à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, en décembre 2019. Un plan d'action spécifique sur l'intégration des personnes handicapées est en cours d'élaboration, ainsi qu'une Politique d'inclusion de la diversité. Enfin, nous tenons à souligner la participation soutenue de notre CIUSSS tout au long de cette année au projet *Intégration-travail-formation*, visant l'intégration professionnelle des infirmières diplômées hors-Canada.

Des projets innovants ont été lancés afin de former et recruter de nouveaux employés. Pensons entre autres au programme *Préposés aux bénéficiaires in situ* où les étudiants ont la chance d'être formés au sein d'un CHSLD. Ils se familiarisent ainsi dès le premier jour avec le travail, tout en côtoyant au quotidien les résidents et le personnel.

Pour devenir un milieu encore plus accueillant, le projet de modernisation *Construire l'avenir* s'est poursuivi à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. La construction sur cinq étages de la nouvelle aile avant-est sera l'hôte du nouveau Centre intégré de traumatologie, qui regroupera les soins intensifs, la recherche et l'enseignement et le programme de traumatologie, de l'unité mère-enfant et des services d'endoscopie.

La modernisation de notre hôpital universitaire dans le cadre de ce projet a franchi plusieurs étapes-clés, notamment l'achat et l'installation d'équipements biomédicaux, la révision des processus aux soins intensifs, le démarrage de la transition vers le nouveau modèle clinique de l'Unité mère-enfant et l'informatisation de plusieurs documents en endoscopie. L'intégration d'usagers-partenaires dans les démarches de transition a amené une perspective unique au projet *Construire l'avenir*.

De bonnes nouvelles pour l'Hôpital Fleury ont été annoncées avec la mise à l'étude du projet de modernisation de son urgence. Cette mise à niveau très attendue aura un impact positif significatif sur l'accessibilité et la qualité des soins offerts à notre population, tout comme sur l'environnement de travail des membres de notre personnel et médecins.

Signe fort de l'importance pour notre organisation de faire rayonner notre mission académique, le CIUSSS, centre affilié à l'Université de Montréal, a signé, au cours de la présente année, des ententes de partenariats concrètes avec les quatre maisons d'enseignement collégial du territoire. De plus, une nouvelle direction fusionnant la recherche, l'enseignement et l'innovation a été mise sur pied. Dans ce domaine, nous avons créé un environnement favorable aux interactions entre recherche fondamentale, translationnelle, clinique et sociale au bénéfice de nos chercheurs, mais également de nos cliniciens, étudiants et surtout de nos usagers.

Nouveau regroupement, nouvelle image et nouveau site Internet : les différents secteurs se sont également regroupés pour unir leurs forces sous le titre de « Savoirs partagés ».

Animé par son désir de dégager une vision innovante de l'enseignement et faire vivre encore plus clairement le volet académique, le CIUSSS a organisé une journée de réflexion sur l'avenir de l'enseignement en novembre dernier. Inspirées par leur souhait de contribuer à faire de notre CIUSSS un environnement de choix pour accueillir et former notre relève, plus de 100 personnes d'horizons différents (professionnels, gestionnaires, stagiaires, superviseurs, usagers partenaires, médecins, chercheurs, représentants de maison d'enseignement) ont participé à la réflexion.

Un CIUSSS facile à naviguer

L'accès aux différentes ressources de santé est un aspect fondamental pour la population de notre territoire. Nous avons eu le bonheur d'accueillir nos premiers jeunes à Aire ouverte, une nouvelle offre de services adaptée pour et par les jeunes de 12 à 25 ans. Nous faisons office de pionniers puisque, fort de l'expérience et des apprentissages du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, ce modèle est en cours de déploiement dans l'ensemble de la province.

La Maison des naissances Louvain ainsi que le Centre Jean-Jacques Gauthier, dédié aux maladies chroniques, ont malheureusement vu leurs échéanciers respectifs suspendus pendant la pandémie de la COVID-19. Ces deux projets, très attendus par notre population, demeurent toutefois tout aussi chers aux yeux de notre organisation et leur livraison est programmée pour l'année 2020-2021.

Pour les tout-petits, le programme *Agir tôt* a fait ses marques et nous procure les outils pour identifier le plus tôt possible les difficultés que l'enfant rencontre, l'évaluer, l'orienter vers le bon service et lui offrir, ainsi qu'à sa famille, tout le soutien dont il a besoin.

Du côté des aînés, avec l'arrivée de nouveaux gériatres parmi notre CIUSSS et la mise sur pied de la Clinique de la mémoire et de la cognition, nous enrichissons notre offre de soins et de services auprès de cette partie grandissante de la population.

Nos équipes ainsi que les médecins de notre territoire ont redoublé d'efforts cette année afin que le plus grand nombre possible de résidents de notre territoire puisse avoir accès à un médecin de famille. Les circonstances nous obligent maintenant à prolonger l'échéancier pour l'atteinte de l'objectif de prise en charge de 10 000 patients supplémentaires. Toutefois, nous étions déjà en très bonne position pour l'atteindre au moment du déclenchement de la pandémie de la COVID-19.

Plusieurs projets nous ont permis d'améliorer nos communications auprès de la population et de nos usagers, mais également avec les membres du personnel de notre CIUSSS. Notre site Web a été revisité de fond en comble afin d'offrir une navigation encore plus intuitive et dynamique aux internautes. Nos équipes ont également élaboré une infolettre populationnelle dont le double mandat d'information sur nos soins et services et de prévention et promotion de la santé touche aussi bien les familles avec de jeunes enfants que les aînés. Enfin, une brochure de présentation de nos services de première ligne a été créée pour soutenir à la fois les résidents de notre territoire et nos partenaires communautaires.

Un CIUSSS ancré dans sa communauté

Tout au long de l'année, nos organisateurs communautaires ont été présents auprès de chacune des six tables de quartier et tables sectorielles (plus d'une trentaine) de notre territoire. Que ce soit en participant aux démarches de planification des différents quartiers ou encore en soutenant l'action collective à travers plusieurs projets, ils agissent, avec les partenaires, sur les déterminants sociaux de la santé.

Toujours dans une optique de collaboration et de mise en commun de nos ressources et expertises au bénéfice de notre population, pas moins de 40 partenaires institutionnels, économiques, communautaires et politiques du territoire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal ont été rencontrés cette année dans le cadre de la tournée du président directeur-général.

Afin de mieux cerner les besoins d'une population vulnérable et particulièrement isolée nos organisateurs communautaires animent à Montréal-Nord, depuis plus de 20 ans, l'Équipe quartier, un regroupement de commerces et services publics, qui sillonnent les rues à la rencontre de sa population.

Un CIUSSS en amélioration continue grâce aux forces de chacun

Nous avons fièrement obtenu la note de 94 % lors de la visite d’Agrément Canada pour l’évaluation de nos programmes-services Jeunesse, Dépendance et Santé mentale. Le professionnalisme des équipes, leur grand souci de la clientèle, le niveau d’engagement de l’équipe médicale et la mise en place de pratiques novatrices et uniques ont été soulignés lors de l’exercice. Cette reconnaissance nous confirme que les efforts déployés depuis la création du CIUSSS nous rapportent beaucoup, et nous oriente pour le travail qu’il reste à accomplir.

Le bien-être de nos résidents en CHSLD étant toujours au cœur de nos priorités, de nombreuses initiatives ont été déployées pour améliorer leur qualité de vie. Parmi elles, le projet *OPUS-AP* (Optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services) a été intégré avec succès. Cette démarche a permis la cessation ou la diminution des doses d’antipsychotiques chez nos résidents en les remplaçant par des stratégies alternatives établies en collaboration avec l’équipe de soins. Les résultats sont des plus positifs et le travail accompli est salué par les proches de nos résidents.

Malheureusement, la fin de notre année aura été chamboulée par la pandémie mondiale de la COVID-19, ce qui a entraîné un bouleversement de nos activités régulières. La mise en commun des efforts de tous et l’agilité avec laquelle nous avons réorganisé nos services ont démontré, hors de tout doute, toute la force de notre organisation.

Nous ne pourrions conclure ce message sans nous adresser spécifiquement à tous nos employés, médecins, gestionnaires, chercheurs, bénévoles et membres des fondations sans qui, rien de tout cela ne serait possible. Merci de votre professionnalisme et de votre grand dévouement. Un merci également aux membres du conseil d’administration pour leur engagement exceptionnel et leur soutien constant.

Le président directeur-général

La présidente du Conseil



Frédéric Abergel



Lucy Rodrigues

2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2019-2020 du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.

Le président directeur-général,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Abergel'.

Frédéric Abergel

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

3.1. L'établissement

Mission

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

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

Valeurs

- Humanisme
- Respect
- Innovation et excellence
- Équité

Priorités organisationnelles

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

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

Mandat universitaire

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal est affilié à l'Université de Montréal. Important partenaire dans la formation des médecins et des professionnels de la santé, il concentre ses activités de

recherche sur trois principaux pôles : la recherche biomédicale, la recherche sociale et la recherche en santé mentale chez les enfants et les adolescents.

Mandats suprarégionaux

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

Ressources en santé et services sociaux

Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal compte 26 installations offrant des soins et services à la population ainsi qu'un centre administratif, soit :

Quatre hôpitaux et un centre multiservices

- Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal
- Hôpital Fleury
- Hôpital Jean-Talon
- Hôpital en santé mentale Albert-Prévost
- Centre multiservices de santé et de services sociaux Rivière-des-Prairies

11 centres d'hébergement de longue durée (CHSLD)

- Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci
- CHSLD Auclair
- CHSLD des Bâtisseurs
- CHSLD de Cartierville

- CHSLD de la Petite-Patrie
- CHSLD de Saint-Laurent
- CHSLD Laurendeau
- CHSLD Légaré
- CHSLD Paul-Gouin
- CHSLD Paul-Lizotte
- CHSLD Saint-Joseph-de-la-Providence

Six CLSC

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

Quatre centres ambulatoires

- Centre de services ambulatoires en santé mentale Grenet
- Centre de services ambulatoires en santé mentale Papineau
- Centre de services ambulatoires en santé mentale Fleury
- Aire ouverte Sauriol

Un centre administratif

- Pavillon Dorion

Sur le territoire du CIUSSS, on trouve également:

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

Territoire

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

- Ahuntsic;
- Bordeaux-Cartierville;
- La Petite-Patrie;
- Montréal-Nord;
- Saint-Laurent;
- Villeray.

Population

Comptant 446 800 habitants, le territoire du CIUSSS NIM est le deuxième plus peuplé de la région et représente plus du cinquième (22 %) de la population montréalaise totale. Il offre aussi des services spécialisés principalement en traumatologie, en santé respiratoire, en santé cardiovasculaire et en santé mentale à 1,8 million de Québécois d'autres régions.

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

Ressources d'hébergement

Le CIUSSS NIM est responsable de :

- Plus de 2 451 lits d'hébergement;
- 50 lits en gériatrie;
- 716 places en ressources non institutionnelles;
- 18 places en ressources de type familial;

Le territoire du CIUSSS NIM compte également plus de 9522 lits en hébergement privé, répartis entre les CHSLD privés (environ 829 lits), les ressources intermédiaires et UTRF (environ 770 lits), les résidences privées pour aînées (environ 7022 lits) ainsi que les autres milieux de vie comme les OBNL d'habitation, les congrégations religieuses et les établissements de réhabilitation (environ 901 lits).

Portrait sociosanitaire des jeunes du territoire

Selon les dernières statistiques disponibles, soit celles de 2016, la proportion des familles monoparentales avec un enfant ou plus est sensiblement la même qu'à Montréal (22 % contre 21 % pour Montréal).

Près du tiers (30 %) des enfants de la maternelle du territoire sont vulnérables dans au moins un domaine de développement, proportion comparable à la valeur montréalaise (29 %). À la fin de l'année scolaire 2013-2014, ce sont 543 élèves sortant du secondaire dans ce territoire qui n'ont

obtenu ni diplôme ni qualification, ce qui correspond à 16 % des sortants, proportion équivalente à celle de Montréal.

Ressources humaines

Le personnel

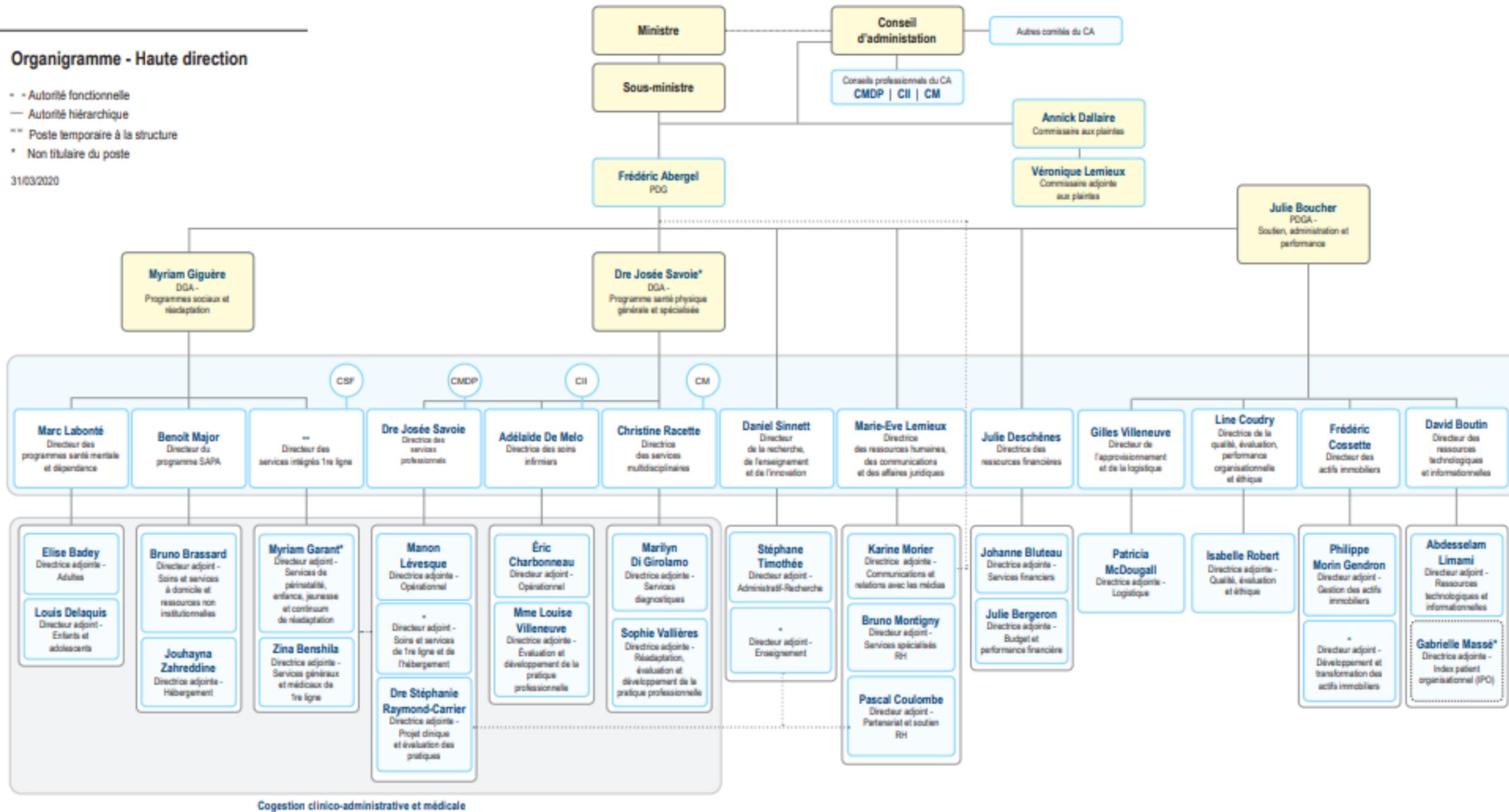
Le CIUSSS NIM compte à son emploi 12 249 personnes, soit environ 19 % de l'ensemble des effectifs des CIUSSS de Montréal. Parmi le nombre d'employés, nous comptons 9 047 équivalents temps complet.

Structure organisationnelle (en date du 31 mars 2020)

Organigramme - Haute direction

- - Autorité fonctionnelle
- Autorité hiérarchique
- *** Poste temporaire à la structure
- * Non titulaire du poste

31/03/2020



3.2. Le conseil d'administration

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

Membres nommés

M. Frédéric Abergel

Président-directeur général
Secrétaire

Mme Louise Béliveau

Université affiliée

M. Frédéric Bouchard

Université affiliée

Membres désignés

Dr Zahi Abou Chacra

Conseil des médecins, dentistes et
pharmaciens (CMDP)

Mme Lyne Constantineau

Comité régional sur les services
pharmaceutiques (CRSP)

Mme Manon Boily

Conseil multidisciplinaire (CM)

Mme Marilyn Prévost

Comité des infirmières et des infirmiers (CCI)

Mme Monique Prévost

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Membres indépendants

M. Norman Décarie

Profil : Risques / Finances / Comptabilité

Mme Marianne Le roux

Vice-présidente

Profil : Expertise en réadaptation

Mme Joséphine Primiani

Comité : Langue anglaise

Profil : Gouvernance et éthique

M. Gladimy Telus

Profil : Protection de la jeunesse
Dr Albert Hajjar

Département régional de médecine générale
(DRMG)

Mme Lucie Gérin

Profil : Organisation communautaire

Mme Alida Piccolo

Profil : Expérience à titre d'utilisateur des
services sociaux

Mme Lucy Rodrigues

Présidente

Profil : Ressources immobilières,
informationnelles ou humaines

M. Jean-Pierre Urbain

Profil : Compétence en vérification,
performance ou gestion de la qualité

Membre observateur

M. Mickaël Vachon

Profil : Fondations du CIUSSS

3.2.1. Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comité de gouvernance et d'éthique

M. Jean-Pierre Urbain

Président - Membre indépendant

Mme Joséphine Primiani

Vice-présidente - Membre indépendant

Mme Manon Boily

Membre désigné

Mme Louise Béliveau

Membre nommé

M. Frédéric Abergel

Membre - Président-directeur général

Comité de vérification

Mme Marianne Le Roux

Présidente – Membre indépendant

M. Jean-Pierre Urbain

Membre indépendant

M. Gladimyr Télus

Membre indépendant

M. Michaël Vachon

Membre observateur

Mme Lucie Gérin

Membre indépendant

VACANT

Membre

Mme Julie Deschênes

Directrice des ressources financières

M. Frédéric Abergel

Membre - Président-directeur général

Comité de vigilance et de la qualité

Mme Alida Piccolo

Présidente – Membre indépendant

Mme Lucy Rodrigues

Vice-présidente – Membre indépendant et présidente du CA

Mme Monique Prévost

Membre désigné du CUCI

Mme Josephine Primiani

Membre indépendant

Mme Annick Dallaire

Membre – Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

M. Frédéric Abergel

Membre - Président-directeur général

Comité de révision

M. Norman Décarie

Président – Membre indépendant

Dr Laurent Côté

Membre – Représentant du CMDP

Dr André Beaupré

Membre– Représentant du CMDP

Dr Alain Lévesque

Membre substitut – Représentant du CMDP

Dre Monique Desjardins

Membre substitut– Représentant du CMDP

Mme Marianne Le Roux

Membre substitut— Membre du CA

Comité d'évaluation des mesures disciplinaires

M. Frédéric Abergel

Président - Président-directeur général

Dr Albert Hajjar

Membre désigné

Mme Lucy Rodrigues

Membre indépendant – Présidente du CA

Mme Alida Piccolo

Membre indépendant

VACANT

Membre

Comité des ressources humaines

Mme Lucy Rodrigues

Présidente - Membre indépendant et présidente du CA

Mme Lucie Gérin

Vice-présidente - Membre indépendant

Mme Alida Piccolo

Membre indépendant

M. Jean-Pierre Urbain

Membre indépendant

Mme Marie-Ève Lemieux

Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Mme Julie Boucher

Présidente directrice-générale adjointe

Comité de la mission académique

Mme Louise Béliveau

Présidente – Membre nommé

M. Frédéric Bouchard

Membre nommé

Dr Albert Hajjar

Membre désigné

Mme Manon Boily

Membre désigné

M. Daniel Sinnett

Directeur de la recherche, enseignement et innovation

M. Frédéric Abergel

Président-directeur général

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dr Donal Eddé
Président

Dr Jean Papacotsia
Vice-président

Dre Marie-Michelle Robert
Secrétaire

Dr Tarek Khreiss
Trésorier

Mme Isabelle Boulanger
Conseillère

Dre Monique Desjardins
Conseillère

Dr Thomas Hemmerling
Conseiller

Dr Alain Lévesque
Conseiller

Dr Nicolas Saumart-Dufour
Conseiller

Dr Jean Sharestan
Conseiller

Dr Zouhair Sidani
Conseiller

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général

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

Dr Zahi Abou Chacra
Représentant du CMDP au CA

Comité des usagers

Mme Monique Prévost
Présidente-trésorière

M. Yvon Goyette
Vice-président

Mme Hélène Duranleau
Secrétaire

M. Alain Bédard
Conseiller

Mme Nicole Jaouich
Conseillère

M. Patrice Livetan
Conseiller

Mme Francine Pichette
Conseillère

Mme Joyce Shiklanian
Conseillère

Mme Rose Toussaint
Conseillère

Mme Sirane Chitilian
Conseillère

Mme Suzy Chouinard
Conseillère

Conseil des infirmières et infirmiers et CIIA

Mme Chantal Voghel
Présidente

Mme Catherine Legault
Vice-présidente

Mme Annie Trottier
Trésorière

Mme Mirna Abboud
Secrétaire et agent de communication

Mme Julie Belley
Conseillère en remplacement de Mme
Johannie Bancel-Guénette

Mme Claudie Beauséjour
Membre coopté

Mme Élisabeth Duguay
Conseillère en remplacement de
M Jean-René Héту

Mme Judeline Dorcélus
Conseillère en remplacement de
Mme Caryne Jean-Baptiste

Mme Isabelle Lussier
Membre coopté

Mme Julie Dufort
Membre coopté en remplacement de
Mme France Plouffe

Membres observatrices

Mme Kathleen Campos-Cunha
Vice-présidente du CRIIA

Mme Marilyn Prévost
Représentante du CII au conseil
d'administration

Membres nommés d'office

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général

Mme Adélaïde De Melo
Directrice des soins infirmiers

Mme Lise Therrien
Présidente du comité des infirmières et
infirmiers auxiliaires

Mme Nathalie D'Astous
Vice-présidente du comité des infirmières et
infirmiers auxiliaires

Conseil multidisciplinaire

M. Steve Cornellier
Président

Mme Annie Denommé
Vice-présidente

Mme Cynthia Prévost
Secrétaire

Mme Lyne Chayer
Trésorière

Mme Patricia Décarie
Responsable des communications

Mme Manon Boily
Membre

Mme Caroline Angers
Membre

M. Étienne Dumais-Roy
Membre

Mme Line Paquette
Membre

Mme Gervaise Tardif
Membre

Mme Jennifer Dahak-El-Ward
Membre

Mme Suzie Bilodeau
Membre

Membres nommés d'office

Mme Christine Racette
Directrice des services multidisciplinaires

M. Frédéric Abergel
Président-directeur général

Comité de gestion des risques

Line Coudry

Directrice de la qualité, évaluation, performance et éthique

Éric Demers

Chef de la qualité et risques par intérim

Caroline Duchesne

Représentante de la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique

Annick Dallaire

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Hélène Courshegne

Représentante de la direction des services multidisciplinaires

Irène Ayotte

Représentante de la direction des services multidisciplinaires

Éric Charbonneau

Directeur adjoint volet opérationnel

Orazio La Riccia

Représentant de la direction des services techniques

Pierre-Michel Gélinas

Représentant pour le génie biomédical

Abdesselam Limami

Représentante de la direction des ressources informationnelles

Chantal Morrier

Représentante de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Kostadina Linardakis

Représentant de la direction santé mentale et dépendance

Carole Leblanc

Représentante de la direction SAPA

Stéphane Rousseau

Représentante de la direction des services intégrés de la première ligne

Chantal Voghel

Représentante du conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Annie Dénomée

Représentante du conseil multidisciplinaire (CM)

Dre Magdalena Duniewicz

Représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Yvon Goyette

Représentant du comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Nicole Huneault

Patient partenaire

Lucie Blain

Représentante RI, RTF

Michel Papadopoulos

Représentant logistique et approvisionnement

Mylène Chouinard

Chef de service HSCM

3.3 Les faits saillants

Révision des normes et pratiques en matière de sécurité du personnel

Un important chantier de réflexion et d'action au sujet de la sécurité de notre personnel a été entamé cette année. Un comité de travail a été formé pour analyser, puis proposer des solutions, et ce, autant en ce qui a trait à nos pratiques qu'en ce qui concerne l'organisation des lieux physiques de travail, de soins et de services. Notre volonté était d'agir rapidement à ce chapitre, de sorte que certaines mesures ont déjà été appliquées, tels l'ajout de gardiens de sécurité dans plusieurs installations, l'installation de détecteurs de métal à l'entrée de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost et l'ajout de l'éclairage extérieur de ce même établissement. Ces travaux se poursuivront au cours des prochains mois.

Adoption de trois valeurs organisationnelles par l'ensemble de la communauté du CIUSSS NIM

Cinq années après la création du CIUSSS NIM, nous avons voulu confirmer les valeurs organisationnelles qui sont significatives pour notre personnel, dans leurs actions au quotidien. Pour ce faire, une consultation interactive auprès de l'ensemble de la communauté du CIUSSS a été menée par la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques. Au cours de l'automne 2019, c'est toute la communauté du CIUSSS NIM, c'est-à-dire les employés, les gestionnaires, les médecins, les chercheurs, les stagiaires ainsi que les représentants des usagers qui ont été invités à prendre part à un exercice de consultation inédit, incluant des sondages en ligne et des groupes de discussions. Les trois valeurs qui ont été retenues sont RESPECT, COLLABORATION et PROFESSIONNALISME.

Des trajectoires de soins plus efficaces et plus simples pour nos usagers

De la promotion et la prévention jusqu'à l'accompagnement dans la réadaptation ou, malheureusement, vers la fin de vie, ces projets visent à améliorer les trajectoires de soins à travers le spectre des équipes soignantes impliquées et surtout, à travers l'expérience réelle vécue par les patients et leurs proches.

À la mi-avril 2019, nous avons entamé les travaux pour l'élaboration de la trajectoire du cancer colorectal. La première phase d'analyse ayant été complétée en octobre dernier, nos équipes ont ensuite amorcé trois chantiers intermédiaires que sont les délais d'accès aux traitements, la stomathérapie ainsi que les sources de divertissements pendant les périodes de traitement prolongées.

Pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), les travaux débutés l'an dernier se sont poursuivis et ont déjà porté leurs fruits. Par exemple, dans l'amélioration de l'accès aux tests de spirométrie et des tests de fonction respiratoire pour notre clientèle ambulatoire, les délais sont passés de 700 jours d'attente à moins de 90 jours.

Deux autres trajectoires de soins ont également bien avancé dans leurs travaux cette année, soit celle de la Saine gestion du poids et celle sur le Trouble du spectre de l'autisme (TSA).

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

Attentes spécifiques

Légende :

R = RÉALISÉE À 100 %

N/R = NON RÉALISÉE À 100 %

S/O = SANS OBJET

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

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ETAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
Santé publique			
<p>Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le <i>Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD</i> (centres d'hébergement et de soins de longue durée) publics et privés conventionnés de la province de Québec (1.1)</p>	<p>Contexte : Le Québec vit, depuis plusieurs années, un vieillissement accéléré de sa population. Cette augmentation de la population âgée entraîne un accroissement du nombre de personnes en perte d'autonomie physique ou cognitive vivant en CHSLD. Ceci contribue à la diminution progressive des fonctions motrices nécessaires à certaines tâches comme le brossage des dents, contribuant ainsi à l'accumulation de plaque dentaire et au développement de certaines maladies buccodentaires comme la carie dentaire, les parodontites et les candidoses oropharyngées. Dans ce contexte, un projet pilote a été réalisé et les retombées démontrent bien le besoin de ce programme.</p> <p>Description : Tout d'abord, les CISSS (centres intégrés de santé et de services sociaux) et CIUSSS (centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux) pourront participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux) afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme. Les établissements devront, ensuite, faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB (préposés aux bénéficiaires)) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une</p>	R	<p>Cette attente spécifique a été réalisée.</p> <p>L'embauche de 4 dentistes, de 2 hygiénistes dentaires et de 5 denturologistes permet d'assurer des soins buccodentaires de qualité aux résidents des CHSLD du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.</p>

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ETAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
	<p>formation en ligne. Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes, aux déplacements de celles-ci, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et denturologistes. D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.</p>		
Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés			
<p>Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA (niveau de soins alternatif) (2.1)</p>	<p>Contexte : Conformément au guide « Prévenir et résoudre le phénomène des NSA – Guide pour soutenir les établissements » (mars 2017), la fluidité de la trajectoire des usagers est influencée par des facteurs en amont, en intrahospitalier et en aval du centre hospitalier.</p> <p>Description : Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatif.</p>	S/O	<p>Cette attente spécifique a été annulée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>L'état de situation sur l'implantation des bonnes pratiques sera repris dès que la situation liée à la pandémie de la COVID-19 sera de retour à la normale.</p>
<p>Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (centres d'hébergement et de soins de longue durée) (2.2)</p>	<p>Contexte : L'investissement récurrent de 36 M\$ vise à bonifier la qualité des soins d'hygiène en optimisant l'organisation du travail et en augmentant l'offre d'un 2^e bain / douche / soins d'hygiène complet par semaine, en plus du soin quotidien, aux résidents qui le désirent et dont les conditions particulières le permettent.</p> <p>Description : L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation, portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins</p>	R	<p>La reddition de comptes attendue le 29 octobre 2019 a été effectuée alors que la reddition de comptes attendue le 12 mai 2020 a été annulée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>L'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène nous a permis d'implanter et de suivre de façon hebdomadaire les résultats du 2^e soin</p>

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
	d'hygiène ainsi que sur les résultats du 2 ^e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.		d'hygiène complet par semaine. Le taux de complétion des plans d'intervention interdisciplinaire est suivi. Les plans d'intervention interdisciplinaire sont réalisés dans les 4-6 semaines suivant l'admission du résident en CHSLD.
<i>Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (2.3)</i>	<p>Contexte : Le PTAAC constitue un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience depuis 2008.</p> <p>Description : L'établissement doit compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux) pour le suivi de l'implantation.</p>	S/O	La reddition de comptes attendue le 29 mai 2020 a été reportée au 1 ^{er} septembre 2020 par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous prévoyons respecter cet échéancier.
<i>Plan d'action TSA (trouble du spectre de l'autisme) (2017-2022) (2.4)</i>	<p>Contexte : Un suivi des mesures inscrites au Plan d'action TSA publié à l'hiver 2017 est demandé aux établissements afin d'en évaluer son implantation et l'impact des investissements.</p> <p>Description : Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du Plan d'action TSA 2017-2022.</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée. Au 31 mars 2020, le nombre d'utilisateurs dont la famille a reçu une allocation pour des services de répit, dépannage ou gardiennage se situe à 721. De plus, 100 % des utilisateurs de 0-5 ans ont un intervenant-pivot.
Déploiement du programme <i>Agir tôt</i> (2.5)	<p>Contexte : Le projet consiste à renforcer le dépistage des potentielles difficultés ou retards de développement chez les enfants avant leur entrée à la maternelle, notamment en utilisant une plateforme numérique, et à rehausser l'offre de services d'intervention auprès de ces enfants et de leurs familles, dans le cadre des programmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccination (détection et complétion d'un questionnaire par l'infirmière); • <i>Programme jeunes en difficulté</i> (JED) (stimulation précoce); 	R	Cette attente spécifique a été réalisée. Pour assurer le déploiement et la mise en œuvre du programme <i>Agir tôt</i> , le CIUSSS a procédé à l'embauche d'un chargé de projet et de plusieurs professionnels en orthophonie, en psychoéducation et en éducation spécialisée. L'organisation des services aux enfants de 0-

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> Programme déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA) (services spécifiques et spécialisés). <p>Description : Un rapport de mise en œuvre est demandé pour le 15 janvier 2020 aux établissements.</p>		5 ans a été modifiée : révision de l'offre de services en stimulation précoce, déploiement de groupes de stimulation globale dans les équipes du programme de stimulation précoce, mise en place de groupes d'habiletés parentales et de stimulation pour les enfants de 0-7 ans.
Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP (déficience physique), une DI (déficience intellectuelle) ou un TSA (trouble du spectre de l'autisme) (2.6)	<p>Contexte : Les délais d'attente et l'adéquation entre les options résidentielles disponibles et les besoins des usagers sont des enjeux rencontrés dans toutes les régions, pour toutes les clientèles des programmes DP et DI-TSA et tous les types de milieux résidentiels. Des engagements en termes de résultats seront établis par rapport aux usagers en attente dans les EGI (ententes de gestion et d'imputabilité) subséquentes.</p> <p>Description : Transmission par les établissements des données sur les listes d'attente et les types de milieux de résidence où vivent les usagers qu'ils desservent en DP-DI-TSA.</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée. Pour le territoire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, les services résidentiels sont assurés par notre partenaire, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée) (2.7)	<p>Contexte : Le milieu des CHSLD est témoin d'enjeux de main-d'œuvre, d'attraction et de rétention. C'est pourquoi un plan d'action a été développé visant à améliorer l'attraction et la rétention des équipes interdisciplinaires en CHSLD, touchant notamment la promotion, la formation, l'accueil, le développement des compétences, la stabilité des équipes, l'organisation du travail ainsi que la santé et sécurité au travail. De plus, dans la foulée de la présentation du budget 2019-2020 à l'Assemblée nationale, de nouveaux budgets ont été annoncés pour l'ajout d'effectifs en CHSLD.</p> <p>Description : Via un formulaire GESTRED (système de suivi de gestion et de reddition de comptes), les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout</p>	R	Cette attente spécifique a été réalisée. Pour l'année 2019-2020, plusieurs effectifs en termes d'équivalents temps complet ont été ajoutés en CHSLD : 15,8 infirmières, 11 préposés aux bénéficiaires, 1 travailleur social, 1 nutritionniste, 1 technicien en éducation spécialisée.

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
<p>Implantation des installations « Aire ouverte » offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans (2.8)</p>	<p>d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.</p> <p>Contexte : Les installations « Aire ouverte » visent à changer les approches d'intervention auprès des jeunes de 12 à 25 ans en offrant différents services adaptés à leurs besoins et à leurs réalités. Elles permettent d'obtenir notamment des services en santé mentale ou en santé physique dispensés par un professionnel, comme une infirmière ou un travailleur social. Sur place, des conseils pour les études, le travail, le logement ou des renseignements sur l'aide financière et juridique peuvent également être donnés.</p> <p>Description : Afin d'être conformes à l'attente, les établissements visés devront démontrer la mise en place d'une installation « Aire ouverte », selon les modalités ministérielles convenues lors du déploiement. Une confirmation de la modification au permis de l'établissement ainsi que le numéro de l'installation devront être transmis par courriel à l'adresse « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca ».</p>	<p>R</p>	<p>Cette attente spécifique a été réalisée.</p> <p>Depuis le 10 juin 2019, le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal a ouvert officiellement ses portes aux jeunes de 12 à 25 ans. La conception, la programmation de l'ensemble des services offerts, l'environnement et les aménagements physiques ont respecté en tout point les valeurs et la nouvelle philosophie de soins adaptée à une clientèle jeunesse. Les intervenants sont à proximité de la clientèle, ils sont présents au moment où les jeunes ont des besoins, soit en soirée ou les samedis. Les plages pour rencontrer les intervenants sont flexibles, avec ou sans rendez-vous. Plusieurs services sont offerts, soit au niveau de la violence, des problèmes d'adaptation, des difficultés à trouver un emploi ou un logement, des problèmes de drogue ou au niveau de la sexualité.</p> <p>L'approche au niveau des soins est d'abord d'amener les jeunes à consulter et à recevoir l'aide dont ils ont besoin. Tous les partenaires du territoire ont des liens étroits avec nous pour faciliter le cheminement des jeunes à recevoir des soins</p>

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ETAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
			adaptés à leurs besoins.
Affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques			
Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches (4.1)	<p>Contexte : Le MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux) procède, depuis avril 2016, au déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles en ce qui a trait à la prise en charge et au suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs. Il a été convenu que le plan triennal 2016-2019 serait prolongé d'une année afin de permettre aux établissements d'atteindre les cibles.</p> <p>Description : Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS (centres intégrés de santé et de services sociaux) et CIUSSS (centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux) devra être produit au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de comptes des années précédentes devra être utilisé à cette fin.</p>	S/O	La reddition de comptes attendue le 12 mai 2020 a été reportée au 14 septembre 2020 par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous prévoyons respecter cet échéancier.
État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (accident vasculaire cérébral) (4.2)	<p>Contexte : L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en AVC sur son territoire. Un plan d'action national a été produit et il demeure toujours en implantation. Il comprend les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum, assorties de moyens et d'indicateurs.</p> <p>Description : Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020 ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action de l'établissement doivent être évalués.</p>	S/O	Cette attente spécifique a été annulée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
Contribuer au déploiement provincial de la télésanté (4.3)	<p>Contexte : À compter de 2019, le MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux) mettra sur le développement de services de télésanté provinciaux ayant un grand potentiel d'impact, dans l'optique d'augmenter l'utilisation de la</p>	R	La reddition de comptes attendue le 29 octobre 2019 a été annulée par le ministère de la Santé et des Services sociaux alors que la reddition de

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
	<p>télesanté par les cliniciens et les usagers. À cet effet, la contribution des établissements s'avère essentielle notamment en maintenant actif un comité tactique local, en contribuant au répertoire provincial des services cliniques ainsi qu'à la réalisation du plan d'action 2018-2020.</p> <p>Description : Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des 3 actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour aux périodes 6 et 13.</p>		<p>comptes attendue le 24 juillet 2020 a été effectuée.</p> <p>Au cours de l'année 2019-2020, un comité tactique local en télésanté a été mis en place pour favoriser l'intégration de la télésanté au sein de l'établissement.</p> <p>En ce qui a trait aux télésoins à domicile (TSD), un service a été développé pour la clientèle souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). De plus, différents projets de télésanté ont vu le jour durant la pandémie de la COVID-19.</p>
<p>État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017-2018 – Continuum de services, phase hyper aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) (4.4)</p>	<p>Contexte : L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services pour le traitement de l'IAMEST sur son territoire. Un plan d'action national a été produit. Il comprend les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum assorties de moyens et d'indicateurs.</p> <p>Description : Autoévaluation au 31 mars 2020, du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composée à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.</p>	<p>R</p>	<p>Cette attente spécifique a été réalisée.</p> <p>La structure pour soutenir l'amélioration continue de la prise en charge de l'IAMEST a été mise en place au sein de l'établissement.</p> <p>Les actions relatives à l'optimisation de la trajectoire des services préhospitaliers d'urgence dans la prise en charge de l'IAMEST et à l'amélioration des délais de prise en charge de l'IAMEST se sont poursuivies en 2019-2020.</p>
Infrastructures, logistique, équipements et approvisionnement			
<p>Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers</p>	<p>Contexte : L'évaluation de l'état physique du parc immobilier a fait partie des EGI (ententes de gestion et d'imputabilité) des PDG (présidents-directeurs généraux) des trois dernières années. Cette attente</p>	<p>N/R</p>	<p>Le pourcentage de réalisation du Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars</p>

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
<p>au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (7.1)</p>	<p>spécifique découle, d'une part, des recommandations du VGQ (Vérificateur général du Québec) (automne 2012, chapitre 4) et, d'autre part, de l'application de la loi 38 concernant la gouvernance des infrastructures. Le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers est directement conséquent avec l'évaluation de l'état physique du parc immobilier et plus particulièrement avec l'identification des bâtiments déficitaires et le déficit de maintien afférent.</p> <p>Description : Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot # 1) ou en 2016 (lot # 2) et au 31 mars 2022 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot # 3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80 % et que le différentiel entre l'IVP et le SE (seuil d'état établi) est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminuer de 2,4 % (80 % de 3 %), c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %.</p> <p>Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien, ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI (plan de conservation et de fonctionnalité immobilière) et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux) vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de</p>		<p>2020 se situe à 60 % pour les bâtiments déficitaires inspectés en 2015 (lot # 1) et en 2016 (lot # 2).</p> <p>La capacité limitée de réalisation de certains projets, les délais de facturation pour actualiser les décaissements et les retards de chantier dans certains projets majeurs expliquent entre autres la non-atteinte des cibles fixées pour les bâtiments déficitaires concernés.</p> <p>La priorisation des projets de résorption du déficit de maintien des actifs dans l'échéancier des projets du CIUSSS pour la prochaine année devrait favoriser l'atteinte des cibles pour le 31 mars 2022. Nous comptons toutefois réaliser plusieurs projets en cours durant l'année 2020-2021.</p>

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
	cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.		
Coordination, planification, performance et qualité			
Sécurité civile (8.1)	<p>Contexte : En vertu de la <i>Loi sur la sécurité civile</i> (RLRQ, chapitre S-2.3), du Plan national de sécurité civile (PNSC) et en cohérence avec les orientations 1, 2 et 5 de la Politique ministérielle de sécurité civile (PMSC), le MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux) et les établissements ont la responsabilité de coordonner le déploiement de la mission Santé et d'assurer le maintien de leurs services essentiels.</p> <p>Description : Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; • S'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS; <p>établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile.</p>	S/O	<p>La reddition de comptes attendue le 12 mai 2020 a été reportée au 14 septembre 2020 par le ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Nous prévoyons respecter cet échéancier. Le plan local de sécurité civile a été complété et approuvé par le comité de direction en septembre 2019. Le plan est disponible pour consultation sur le site Intranet du CIUSSS.</p>
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et Services sociaux (8.2)	<p>Contexte : En vertu de la <i>Loi sur la sécurité civile</i> (RLRQ, chapitre S-2.3), il revient aux établissements de réaliser le processus de gestion des risques en sécurité civile afin d'assurer le maintien de leurs biens et services essentiels, et ce, en cohérence avec l'orientation 3 de la Politique ministérielle de sécurité civile (PMSC).</p> <p>Description : Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.</p>	S/O	<p>La reddition de comptes attendue le 12 mai 2020 a été reportée au 14 septembre 2020 par le ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Nous prévoyons respecter cet échéancier. Le processus de gestion des risques en sécurité civile est complété à 70 %. L'aléa jugé prioritaire est celui de la pandémie de la COVID-19. Le traitement de ce risque est effectué et est en</p>

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ETAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
			cours de finalisation.
Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux (8.3)	<p>Contexte : En vertu de la <i>Loi sur la sécurité civile</i> (RLRQ, chapitre S-2.3) et en cohérence avec l'orientation 4 de la Politique ministérielle de sécurité civile (PMSC), les établissements doivent planifier la continuité de leurs activités afin d'accroître la résilience du MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux) et du réseau.</p> <p>Description : Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La durée estimée du projet; • Le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement; <p>La structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA.</p>	S/O	<p>La reddition de comptes attendue le 23 décembre 2019 a été effectuée alors que la reddition de comptes attendue le 12 mai 2020 a été reportée au 14 septembre 2020 par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous prévoyons respecter cet échéancier. La durée estimée du projet est du 14 janvier 2020 au 31 mars 2025. Le calendrier de réalisation des étapes est intégré à la charte de projet. La structure de gouvernance a été établie. Notre présidente-directrice générale adjointe a été identifiée à titre de porteur de dossier. Le comité tactique a également été identifié. La charte de projet a été approuvée le 11 août 2020.</p>
Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (8.4)	<p>Contexte : Un programme d'accès indique la manière, le service et l'installation pour lesquels il y a obligation de rendre les services de santé et les services sociaux accessibles en langue anglaise pour la population d'expression anglaise.</p> <p>Description : Les établissements ont reçu au printemps 2018 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des <i>Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise</i>. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C.A. (conseil d'administration) et</p>	S/O	<p>La reddition de comptes attendue le 31 mars 2020 a été reportée au 31 octobre 2020 par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous prévoyons respecter cet échéancier. Le programme local a été déposé au Comité régional pour les programmes d'accès de la région. Nous sommes en attente de l'avis. Dès réception de l'avis, le programme local sera soumis au conseil d'administration.</p>

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
	<p>ensuite transmis par courriel à l'adresse « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de monsieur Iannick Martin « iannick.martin@msss.gouv.qc.ca ».</p>		
Technologies de l'information			
<p>Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité (9.2)</p>	<p>Contexte : Des travaux ministériels portant sur l'élaboration d'une stratégie provinciale en cybersécurité ont permis, le 26 juin 2018, la publication d'une directive sur la cybersécurité. Cette directive énonce des dispositions que les établissements et organismes du RSSS (réseau de la santé et des services sociaux) doivent obligatoirement tenir à jour. Elles sont classées selon cinq domaines de sécurité:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestion de l'inventaire; 2. Gestion des vulnérabilités; 3. Gestion des menaces; 4. Gestion des risques; 5. Gestion de la sauvegarde et de la restauration. <p>Description : Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020, les dates de transmission du bilan sont les suivantes : au plus tard le 31 mai 2019 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019 et le 31 mai 2020 pour l'année financière 2019-2020.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilités; 3. Gérer efficacement les menaces; 4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information; 5. Gérer sagement la sauvegarde 	R	<p>Cette attente spécifique a été réalisée.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestion de l'inventaire Nous avons un inventaire de tous les composants d'infrastructures, PC, serveurs, documents et systèmes d'information à même l'une de nos bases de données. 2. Gestion des vulnérabilités La gestion des vulnérabilités est réalisée par l'équipe de l'infrastructure à la suite de la réception d'avis de vulnérabilités de la DGTI (Direction générale des technologies de l'information) et de divers fournisseurs. Un processus formel et documenté a été élaboré. 3. Gestion des menaces Processus en cours d'élaboration. 4. Gestion des risques Un processus de gestion et d'évaluation des risques a été élaboré et implanté. 5. Gestion de la sauvegarde et de la restauration Nous exploitons adéquatement tout le volet sauvegarde et restauration. La documentation à cet effet est en cours de

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
	et la restauration des données.		rédaction.

Légende :

R = RÉALISÉE À 100 %

N/R = NON RÉALISÉE À 100 %

S/O = SANS OBJET

Engagements annuels

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

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	Les pratiques organisationnelles normalisées (PON) liées aux diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) ont été harmonisées pour le secteur des soins aigus en collaboration avec les microbiologistes. Ceci favorise l'application des pratiques sécuritaires de prévention et contrôle des infections en présence de cas ou d'éclotions de DACD. Engagement atteint.
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	33,3	La priorisation de la gestion de la pandémie de la COVID-19 fait en sorte que le CIUSSS n'a pu effectuer l'ensemble des redditions de comptes requises pour répondre aux exigences de cet indicateur, ce qui explique la non-atteinte de l'engagement. Toutefois, pour les redditions de comptes effectuées, 100 % des CHSGS ont des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis. L'équipe de prévention et contrôle des infections effectuera dès que possible les redditions de comptes manquantes et

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
				mettra en œuvre un plan d'action au besoin.
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	N/D	Cet indicateur est inclus dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020 du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Le résultat au 31 mars 2020 n'est pas disponible.
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	66,8	80	68,9	Nous notons une hausse de 3,1 % du taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les installations du CIUSSS. Diverses mesures, telles que les audits trimestriels et la certification des équipes médicales, devraient favoriser l'atteinte de l'engagement 2020-2021. La revue des pratiques en prévention et contrôle des infections liées à la pandémie de la COVID-19 aura été formatrice pour l'année 2020-2021.
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	N/D	1 281 889	1 189 523	La cible est atteinte à 93 %. Les efforts se poursuivront pour recruter du personnel additionnel et rehausser la structure de certains postes. Engagement presque atteint.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées), DP (déficience physique) et DI-TSA (déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme))	8668	8587	8890	Le nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée connaît une hausse de 2,6 % par rapport à l'année 2018-2019, ce qui représente 222 personnes supplémentaires desservies. Engagement atteint.
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées), DP (déficience physique) et DI-TSA (déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme))	67,3	90	63,1	L'implantation de divers outils cliniques et la poursuite du déploiement des équipes interdisciplinaires de proximité devraient améliorer le résultat en 2020-2021. Par ailleurs, notons que le nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée connaît une hausse de 2,6 % par rapport à l'année 2018-2019, ce qui représente 222 personnes supplémentaires desservies.
1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	66,7	100	S/O	Ces indicateurs sont inclus dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020 du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Les redditions de comptes à la période 13 de 2019-2020 ont été annulées par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour ces indicateurs, ce qui explique l'absence de résultats au 31 mars 2020
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	S/O	
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les	66,7	100	S/O	

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée				
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	S/O	
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée) ayant un profil ISO-SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) de 10 à 14	83,6	88	76,6	Nous travaillons à l'ouverture de nouvelles places en ressources intermédiaires en vue d'atteindre l'engagement 2020-2021.
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée) public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	89,9	90	89,7	Le processus d'accueil a été révisé dans la majorité des CHSLD. Il comprend l'étape de l'évaluation et de l'élaboration du plan d'intervention pour tous les nouveaux résidents. Engagement presque atteint.
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC (centre local de services communautaires), selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	72,9	90	57,5	Nous notons une hausse de 175 % des usagers dont la priorité est urgente. L'ajout de ressources humaines devrait favoriser l'atteinte de l'engagement 2020-2021.
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC (centre local de services communautaires), selon les délais définis comme	56,5	90	71,7	Nous notons une hausse de 550 % des usagers dont la priorité est urgente. L'ajout de ressources humaines devrait favoriser l'atteinte

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
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				de l'engagement 2020-2021. Des projets d'arrimage entre nos services spécifiques et les services spécialisés de notre partenaire, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, sont en cours, ce qui devrait favoriser la prise en charge plus rapide des usagers.
1.45.45.05-PS Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	N/D	90	70,5	Au cours de l'année 2019-2020, 44 jeunes de moins de 6 ans présentant un retard significatif de développement ont pu bénéficier de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA). L'ajout d'une équipe dédiée 0-7 ans dans le cadre du déploiement du programme <i>Agir tôt</i> aura un impact positif sur la prise en charge des usagers. De plus, des projets d'arrimage entre nos services spécifiques et les services spécialisés de notre partenaire, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, sont en cours, ce qui devrait favoriser la prise en charge plus rapide des usagers ayant une DI ou un TSA.
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus	88,5	90	90,6	Le déploiement de la TÉVA (transition école vie

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
ayant une déficience ou un TSA (trouble du spectre de l'autisme) venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail				active) auprès des différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que du réseau communautaire facilite la mise en œuvre du projet de vie des jeunes ayant terminé leur parcours scolaire. Notons que ce nombre de jeunes passe de 23 à 29, ce qui représente une hausse de 26,1 % par rapport à l'année 2018-2019. Engagement atteint.
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	95,2	90	100	L'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance est maintenant complétée au sein du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Du soutien et de la formation ont été offerts aux autres programmes-services du CIUSSS ainsi qu'à des partenaires externes pour la détection. Engagement atteint.
1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	N/D	665	1019	Un nouveau financement récurrent a été accordé au CIUSSS, ce qui a permis d'accroître l'offre de services en dépendance et d'atteindre l'engagement 2019-2020. Engagement atteint.
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	414	414	414	Le maintien du nombre d'équivalents temps complet dédiés au soutien d'intensité variable a permis

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
				d'atteindre l'engagement 2019-2020. Engagement atteint.
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	234	247	234	Le développement de postes devrait favoriser l'atteinte de l'engagement 2020-2021. Engagement presque atteint.
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	17,44	15	18,27	Des travaux organisationnels de fluidité de la clientèle ont eu lieu et se poursuivront dans la prochaine année afin de favoriser l'atteinte de l'engagement 2020-2021.
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire (en minutes)	182,0	145	177,0	En plus des diverses mesures d'amélioration continue, la mise en œuvre d'un projet pilote d'innovation pour l'Hôpital Jean-Talon, lequel pourrait par la suite s'appliquer à l'Hôpital Fleury et à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, devrait favoriser l'atteinte des engagements 2020-2021 de ces indicateurs.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	60,8	70	60,6	
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	48,8	70	51,1	
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	893	822	845	En ce qui a trait à l'Hôpital Fleury, le gouvernement du Québec a autorisé la mise à l'étude du projet de modernisation de l'urgence. La mise en place d'une équipe dédiée au soutien à domicile et le soutien aux proches aidants expliquent l'atteinte de

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
				l'engagement 2019-2020. Engagement atteint.
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	56	45	56	Le maintien du nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie a permis d'atteindre l'engagement 2019-2020. Engagement atteint.
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	18,7	16	17,9	La mise en place d'une équipe dédiée au soutien à domicile et le soutien aux proches aidants expliquent l'atteinte de l'engagement 2019-2020. Engagement atteint.
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	32	0	151	Nous avons revu nos processus afin d'optimiser la prise en charge au bilan préopératoire et ainsi assurer un bassin d'usagers prêts. De plus, un suivi rigoureux de la liste d'attente en chirurgie ainsi que les travaux du comité de travail sur la chirurgie bariatrique devraient favoriser l'atteinte des engagements 2020-2021 de ces indicateurs.
1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	329	326	752	Par ailleurs, le report de certaines chirurgies en raison de la pandémie de la COVID-19, en mars 2020, a eu une incidence sur la liste d'attente en chirurgie : <ul style="list-style-type: none"> Le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an est passé de 109 à 151 entre la période 12 et la période 13 de 2019-2020, ce qui représente une hausse de 38,5 %;

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
				Le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois est passé de 459 à 752 entre la période 12 et la période 13 de 2019-2020, ce qui représente une hausse de 63,8 %.
1.09.25-PS Nombre total de GMF (groupes de médecine de famille)	16	16	17	L'accréditation d'un nouveau GMF a permis de dépasser l'engagement 2019-2020. Engagement atteint.
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	65,98	85	68,30	Le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille connaît une hausse de 3,5 % par rapport à l'année 2018-2019, pour un total de 281 951 personnes inscrites auprès d'un médecin de famille.
1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF (groupe de médecine de famille)	193 449	204 462	204 296	L'arrivée significative de nouveaux médecins sur le territoire a permis une amélioration et devrait continuer de permettre une amélioration de cet indicateur. Le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF, pour sa part, connaît une hausse de 5,6 % par rapport à l'année 2018-2019. Avec un pourcentage d'atteinte se situant à 99,9 %, nous considérons la cible atteinte.
1.09.48-PS Nombre de groupes de médecine de	6	6	7	L'accréditation d'un nouveau groupe de médecine de famille

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
famille réseau (GMF-R ou super-clinique)				réseau a permis de dépasser l'engagement 2019-2020. Engagement atteint.
1.09.34.02-PS Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les scopies	100	100	88,5	Le report de certains examens en imagerie médicale conformément aux directives du ministère de la Santé et des Services sociaux (priorisation des niveaux de priorité 1 et 2) en raison de la pandémie de la COVID-19, en mars 2020, explique la non-atteinte des engagements 2019-2020 de ces indicateurs. Il faut toutefois noter que les niveaux de priorité non-urgents ont été réévalués par les radiologistes tout au long de ces mesures exceptionnelles afin d'identifier si les situations cliniques avaient évolué et de prioriser les cas qui le nécessitaient. L'ouverture de plages horaires supplémentaires le soir et la fin de semaine sur nos 3 sites devrait nous permettre de résorber les délais encourus. Notons également que la fermeture d'une salle durant 12 semaines pour le changement d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique a
1.09.34.03-PS Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les mammographies diagnostiques	100	100	89,0	
1.09.34.04-PS Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les échographies obstétricales	100	100	99,4	
1.09.34.05-PS Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les échographies cardiaques	92,9	100	91,5	
1.09.34.06-PS Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les échographies mammaires	100	100	83,1	

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
1.09.34.07-PS Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les autres échographies	100	100	97,0	eu un impact sur les délais d'attente.
1.09.34.08-PS Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	100	100	93,4	
1.09.34.09-PS Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	99,9	100	91,5	
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	59,3	90	64,7	Hausse notable du pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours. La hausse marquée des cas de chirurgie oncologique nécessitant l'utilisation de la robotique, notamment en chirurgie urologique, explique entre autres la non-atteinte de la cible. La réorganisation de certaines priorités lors de la planification de cas conjoints devrait nous permettre de se rapprocher de la cible. Avec une augmentation
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	91,6	100	93,8	

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
				de 2,4 % du pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours par rapport à l'année 2018-2019, nous nous approchons de la cible 2019-2020.
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	Le maintien des procédures en place pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité a permis d'atteindre l'engagement 2019-2020. Engagement atteint.
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	5,96	5,93	6,15	Notre équipe Virage prévention est maintenant complétée et les travaux sont débutés pour les secteurs priorités. Un plan d'action visant la réduction du ratio d'heures en assurance-salaire est proposé pour chacun des secteurs où les ratios sont les plus élevés.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,81	5,37	6,68	La pénurie importante de nouvelle main-d'œuvre, la baisse du taux de recours à la main-d'œuvre indépendante ainsi que les absences à court et long termes forcent à recourir au temps supplémentaire, malgré nous. Une démarche de rehaussement de la structure de certains

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
				postes est en cours.
3.05.03-PS Ratio de présence au travail	N/D	91,32	91,38	La mise en place de notre équipe Virage prévention et la mise en œuvre d'un plan d'action pour assurer une meilleure gestion de la présence au travail expliquent entre autres l'atteinte de l'engagement 2019-2020. Engagement atteint.
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	4,63	4,6	4,57	Le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante connaît une baisse de 1,3 % par rapport à l'année 2018-2019. La poursuite des efforts en acquisition de talents ainsi que le suivi des secteurs dont le taux de roulement et l'absence à court terme sont plus élevés expliquent entre autres l'atteinte de l'engagement 2019-2020. Engagement atteint.
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC – centre local de services communautaires)	63,9	75	57,1	Nous intervenons de façon prioritaire auprès des secteurs les plus en difficulté en vue d'améliorer globalement le pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC). Par ailleurs, nous notons une hausse de 17,9 % des demandes de services par rapport à l'année 2018-2019.
7.02.00-PS Taux d'implantation de la	58	100	45	La reddition de comptes à la période 13 de 2019-

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir				<p>2020 a été reportée au 1^{er} décembre 2020 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour cet indicateur. Par conséquent, le MSSS requiert que soit inscrite la plus récente donnée valide pour l'année 2019-2020, soit celle à la période 6 (taux d'implantation en date du 14 septembre 2019).</p> <p>Le MSSS poursuit l'objectif d'implanter à 100 % l'ensemble des composantes de la Stratégie d'accès. Considérant les délais encourus par le MSSS dans la livraison des outils cliniques associés à la Stratégie d'accès, cette cible n'a pu être atteinte en date du 31 mars 2020.</p>

Légende

 Atteinte de l'engagement annuel à 100 %

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

 Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

S/O = SANS OBJET

N/D = NON DISPONIBLE

Autres résultats

Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	775	Nous ne sommes pas en mesure d'effectuer une analyse comparative avec le résultat au 31 mars 2019, car celui-ci n'est pas disponible. ¹
1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	18 434	Nous ne sommes pas en mesure d'effectuer une analyse comparative avec le résultat au 31 mars 2019, car celui-ci n'est pas disponible.
1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 243 559	Nous ne sommes pas en mesure d'effectuer une analyse comparative avec le résultat au 31 mars 2019, car celui-ci n'est pas disponible.
1.06.19-PS Pourcentage des premiers services en CLSC (centre local de services communautaires) pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	72,4	Nous ne sommes pas en mesure d'effectuer une analyse comparative avec le résultat au 31 mars 2019, car celui-ci n'est pas disponible. Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal a dépassé la cible provinciale 2019-2020 fixée à 72,0 %.
Nombre de sites de type « Aire ouverte » offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans	1	Le ministère de la Santé et des Services sociaux a octroyé un permis pour l'installation Aire ouverte Sauriol le 30 octobre 2019.

¹ Ces indicateurs sont de nouveaux indicateurs provenant de la planification stratégique 2019-2023 du MSSS.

5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Agrément Canada

Cette année, le CIUSSS a reçu, du 19 au 22 novembre 2019, sa seconde visite d’Agrément Canada, depuis la fusion des établissements, et, du 16 au 21 février 2020, sa troisième visite. Le nouveau cycle d’agrément introduit la notion de visites séquentielles. Les visites de cette année constituent le terme de la première séquence ainsi que la totalité de la seconde séquence du cycle sur cinq ans et au terme duquel notre agrément, en vigueur jusqu’au 31 décembre 2023, sera renouvelé.

La seconde visite visait la santé publique. La démarche se faisait de concert avec notre région. Nous sommes fiers d’avoir atteint un niveau de conformité et une note globale de 100%. La troisième visite visait trois programmes spécifiques, soit Jeunesse, Dépendances ainsi que Santé mentale. Nous sommes fiers d’avoir atteint un niveau de conformité et une note globale de 94%.

Dans le rapport final de la visite, on peut y lire de nombreux commentaires qui soulignent plusieurs forces observées au sein de l’établissement. Parmi celles-ci, Agrément Canada évalue qu’il convient de féliciter notre organisation pour son engagement à se servir de l’agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu’elle offre à ses usagers et à sa communauté. Notons que les exigences d’Agrément Canada comprennent les normes d’excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l’expérience vécues par l’usager. L’aspect multiculturel y est noté comme un enjeu important que l’établissement relève d’ailleurs avec brio. Des stratégies sont mises en place pour répondre aux besoins diversifiés de la clientèle. Les trajectoires de services sont fluides. La collaboration entre les différents professionnels de l’équipe est bonne. Agrément Canada a aussi relevés les points positifs suivants :

- Le professionnalisme des équipes et leur grand souci de la clientèle ;
- Le niveau d’engagement de l’équipe médicale dans les divers programmes évalués ;
- La mise en place de pratiques novatrices et uniques dans certains secteurs ;
- La qualité d’aménagement des locaux, adaptés aux besoins des clientèles, malgré la vétusté de nos installations ;
- La coordination clinique de façon transversale au sein de l’établissement ;
- Le souci d’intégrer une réflexion éthique dans l’approche de soins et services.

Notre organisation se servira de l’information contenue dans le rapport d’agrément et le plan d’amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d’action visant à donner suite aux possibilités d’amélioration soulevées.

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

Certification de la qualité du milieu de vie en hébergement

Pour l'année 2019-2020, six CHSLD du CIUSSS NIM ont reçu une visite ministérielle, soit deux fois plus que l'année précédente. Il s'agit des CHSLD Légaré, Paul-Gouin, Petite Patrie, St-Joseph-de-la-Providence, St-Laurent ainsi que Laurendeau. La Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique (DQEPE), en collaboration avec les installations visées, assure la production d'un plan d'action découlant des recommandations suite aux visites. Un suivi auprès du MSSS doit être fait dans les six mois suivant la visite.

La cote globale assignée aux installations CHSLD par le MSSS se répartit sur quatre niveaux : très adéquat, adéquat, acceptable et préoccupant. Sur les six visités, deux ont reçu la note globale très adéquate, trois ont reçu la note globale adéquate et un seul a reçu la note globale acceptable. Aucun n'a reçu la note préoccupant.

Certaines recommandations ont été formulées, notamment à l'égard de l'aménagement des espaces communs et des activités sociales, occupationnelles et de loisirs. Des plans d'action découlant de ces visites feront l'objet de suivi dans les 6 mois suivant les visites.

Sur 36 cibles d'amélioration identifiées, 20 sont déjà réalisées et les autres sont en cours de réalisation.

Sécurité et qualité des soins et services

Action promotion déclaration et divulgation des incidents et accidents

Au cours de l'année 2019-2020, de nouveaux indicateurs ont été mis en place et suivis hebdomadairement à la station visuelle opérationnelle du service de gestion des risques. En effet, le taux de déclarations des différents services, notamment en lien avec les déclarations de chutes et d'erreurs de médicaments ont été ajoutées au tableau de suivi d'indicateurs.

Pour les services présentant des variations inhabituelles de déclaration, des actions de sensibilisation ont été réalisées. Entre autres, des rencontres avec les gestionnaires ont été planifiées et des formations auprès du personnel ont été offertes afin de promouvoir la déclaration et divulgation des accidents et incidents.

La tenue et l'exploitation du registre local des déclarations d'événements indésirables ainsi que le suivi de l'ensemble de ces événements est un travail en continu pour le service de la gestion des risques.

Pour la fin de l'année 2019-2020, plusieurs formations pour l'informatisation de la saisie de rapports d'incidents et d'accidents (AH-223) étaient prévues dans les différents milieux, mais ont dû être suspendues au mois de février en raison du contexte de pandémie de la COVID-19.

Nature des trois principaux types d'incidents et d'accidents

Parmi les 16 005 déclarations traitées, 13 % sont des incidents, soit 2 123. Les trois principaux types d'incidents sont indiqués dans le tableau suivant. Ceux-ci représentent 8,94 % du total des incidents et accidents.

Nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité A et B)

Type d'événement	Nombre	% des événements
Autre	806	5.04 %
Médicament	383	2.39 %
Laboratoire	242	1.51%
Total	1 431	8,94 %
Total CIUSSS A et B	2 123	

Parmi les 16 005 déclarations traitées, 81 % sont des accidents, soit 12 966. Les trois principaux types d'accidents sont indiqués dans le tableau suivant. Ceux-ci représentent 68,41 % des incidents et accidents.

Nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I)

Type d'événement	Nombre	% des événements
Chute	6 432	40,19 %
Médicament	2 271	14,19%
Autre	2 246	14,03 %
Total	10 949	68,41 %
Total CIUSSS C à I	12 966	

Outre les incidents et accidents cités et classifiés ci-dessus, 916 événements, soit 6 % n'ont pas reçu d'indices de gravité.

La catégorie « autre » regroupe plusieurs types d'évènements, notamment :

- Accès non autorisé
- Automutilation
- Blessure d'origine connue
- Blessure d'origine inconnue
- Bris de confidentialité
- Décompte chirurgical inexact/omis

- Défaut de port d'équipement/vêtement de protection
- Désorganisation comportementale (avec blessure)
- Erreur liée au dossier
- Évasion (garde fermée)
- Évènement en lien avec une activité (formation par exemple)
- Évènement relié au transport
- Fugue/disparition (encadrement intensif)
- Lié à l'identification
- Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse
- Lié au consentement
- Lié aux mesures de contrôle (contention et isolement)
- Obstruction respiratoire
- Plaie de pression, de positionnement
- Relation sexuelle en milieu d'hébergement (unité psychiatrique ou centre de jeunesse)
- Tentative de suicide ou suicide
- Trouvé en possession d'objets dangereux
- Tout évènement ne correspondant pas aux catégories décrites précédemment

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

Les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment

Incidents/accidents liés aux médicaments :

Le comité s'est penché sur un plan d'action et de redressement de l'utilisation des seringues multidose.

Incidents/accidents liés au laboratoire :

Aucune recommandation n'a été émise, des plans d'actions spécifiques ont été mis en place.

Incidents/accidents liés aux autres causes :

Le comité de gestion des risques a émis des recommandations en regard de la réglementation sur l'ouverture des fenêtres et a proposé l'installation de moustiquaires antichute.

Le comité de gestion des risques recommande l'ajout d'agents de sécurité afin de circonscrire les effets de l'augmentation des agressions dans nos installations, et ce, dans l'attente des conclusions du groupe de travail mis sur pied par la direction générale afin d'adresser ce problème qui subit une

augmentation. Il recommande la formation adaptée du personnel en fonction du contexte du service.

Le comité recommande et suit les travaux concernant le rapport PCI et la situation physique au magasin. Les travaux s'effectueront sur une longue période vue la complexité.

Incidents/accidents liés aux chutes

Cette année, plusieurs moyens ont été mis en place et ont permis de favoriser la qualité et la sécurité des soins et des services. Comme les chutes sont à l'origine de la majorité des incidents et accidents, plusieurs actions ont été mises en place au cours de l'année :

- Une recommandation a été adressée au comité de coordination sur la prévention des chutes afin d'avoir la participation permanente d'un représentant au sein du comité de gestion des risques (CGR). Une conseillère-cadre à la qualité des pratiques professionnelles de la direction des services multidisciplinaires et une conseillère-cadre en soins infirmiers de la direction des soins infirmiers ont été désignées comme nouveaux membres permanents du CGR afin d'assurer les arrimages avec le comité de coordination sur la prévention des chutes et un suivi rigoureux pour des actions préventives organisationnelles;
- Un bracelet mauve est utilisé depuis peu dans les hôpitaux en santé physique pour signaler les usagers à risque de chute ;
- Des formations sur la prévention des chutes ont été données à plus de 729 membres du personnel infirmier dans divers milieux et la procédure sur la prévention des chutes et d'une annexe transitoire des modalités de prévention des chutes en santé mentale a été adoptée ;
- Enfin, un projet initié et mené par notre établissement permet d'accéder à une formation continue sur les MESURES PRÉVENTIVES UNIVERSELLES en prévention des chutes sur l'environnement numérique d'apprentissage provincial (ENA).

La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

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

- La surveillance des infections nosocomiales selon les recommandations de l'INSPQ;
- La poursuite de l'harmonisation des pratiques en prévention et contrôle des infections dans tout le CIUSSS;
- Le déploiement d'un plan d'action pour la mise en place des pratiques exemplaires en prévention des infections du site opératoire en chirurgie cardiaque;
- Le déploiement d'un plan d'action basé sur le contrôle de l'environnement et la gestion des excréta ayant pour objectif la prévention et le contrôle des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD). En conséquence, une diminution du taux de DACD a été observée;

- La poursuite des activités d'amélioration continue des pratiques d'hygiène des mains principalement dans les installations qui offrent l'hospitalisation et l'hébergement des clientèles;
- La planification et le contrôle environnemental lors des travaux de construction et de rénovation, de même que lors d'événements environnementaux imprévus.

Puisque les équipes PCI sont de plus en plus sollicitées par le nombre croissant des cas de COVID-19, l'INSPQ a apporté certains changements concernant la saisie des données pour les programmes de surveillance.

Principaux changements pour l'année de surveillance 2019-2020 :

- Saisie des données pour 11 périodes seulement pour les programmes prioritaires, notamment ceux qui font l'objet des ententes de gestion : DACD, BAC-SARM et BAC-HD et BGNPC (tant pour la saisie des numérateurs et des dénominateurs de ces programmes);
- Pour les autres programmes de surveillance, des données incomplètes sont acceptées (il n'est pas requis d'avoir les données pour 11 périodes);
- Retards acceptés compte tenu du contexte actuel. Donc l'extraction des données (habituellement début mai et début juin) n'est pas prévue pour le moment.

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

Les outils cliniques pour le déploiement des mesures de contrôle ont été développés et approuvés. La finalisation et approbation des procédures est en cours et presque terminée, certains ajustements sont à faire pour les besoins de la clientèle du volet jeunesse.

La formation visant les professionnels des quatre missions a été développée. Elle comporte trois modules, d'une durée de deux heures sur les grands principes de la politique sur l'application des mesures de contrôle, les particularités par mission des nouvelles procédures ainsi que les outils cliniques et consignes d'utilisation. La formation est en cours. Le contenu de la formation des agents multiplicateurs est développé et celle-ci a été donnée en octobre 2019. Le contenu sera adapté à chacune des missions. Afin d'assurer l'intégration des connaissances, des activités pour les différents titres d'emploi sont en cours de développement de type « capsule clés en main ». Ces capsules ont été données en novembre 2019 pour certains groupes.

Des aide-mémoire et consignes de l'utilisation des outils cliniques pour soutenir l'intégration des pratiques sont présentement en cours de rédaction, ils seront disponibles sur l'intranet du CIUSSS. Le développement de grille d'audit est également en cours afin de vérifier la consolidation de la pratique. Ces audits seront déployés après l'implantation de la procédure et la formation des équipes et sera effectué tous les six mois.

La politique et les procédures pour chacune des missions seront diffusées aussitôt que la formation sera complétée.

Des travaux de développement d'outils d'information aux usagers sont également prévus.

En ce qui concerne le déploiement d'un registre harmonisé des mesures de contrôle, l'établissement a débuté des travaux pour mettre en place ce nouvel outil qui permettra de suivre l'utilisation des

mesures de contrôle dans toutes les installations du CIUSSS. Ce dernier doit avoir un registre informatisé afin de pouvoir suivre, analyser et améliorer les processus cliniques entourant les mesures de contrôle. Ce registre permettra aussi de remplir des exigences de reddition de comptes. Entre temps, un état de situation des registres actuels a été effectué pour nos 11 CHSLD, ainsi que pour nos centres hospitaliers. Pour les CHSLD, deux systèmes d'information permettent l'extraction de données pertinentes pour alimenter le registre. Un guide d'utilisation est actuellement en production pour ceux qui effectuaient antérieurement la saisie des données en format papier.

Pour les sites où les logiciels électroniques nécessaires ne sont pas disponibles, une mesure de contournement est actuellement en déploiement. Une extraction des données nécessaires pourra donc être possible à l'aide de cette mesure.

Les mesures mises en place par l'établissement à la suite des recommandations formulées par les instances suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Aperçu des thématiques abordées par les recommandations

Parmi les thématiques abordées dans les recommandations du commissariat aux plaintes et à la qualité des services, nous retrouvons des problématiques liées à la facturation, au remboursement de biens perdus, à l'agression d'utilisateurs par d'autres utilisateurs, à une allégation d'abus physique et verbal par le personnel, à la qualité de continuité des services offerts par les agences de placement, à la coordination de l'offre de service des programmes de santé mentale et dépendance avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-Montréal, à la précision d'information en regard des tests de glycémie provoquée, à l'environnement sans fumée dans une résidence intermédiaire, au besoin de services sociaux en résidence intermédiaire pour l'évaluation des besoins d'un usager, à la complétion appropriée des avis de naissance, à la coordination entre l'urgence et l'Unité mère-enfant, au triage à l'urgence dans un contexte particulier, à la qualité de l'environnement physique chez un partenaire UTRF, à la propreté de certains lieux, à l'attitude du personnel d'inscription, au risque de chute en imagerie médicale, à la fugue d'un usager, aux modèles de sac urinaire et la dignité et à un son inconfortable en continu.

Résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

En collaboration avec l'équipe de l'urgence, un groupe de travail (formé de médecins, d'infirmières et de conseillères) s'est penché sur la prise en charge optimale de la clientèle enceinte de plus de 20 semaines. La procédure de réorientation de l'utilisatrice enceinte ou dans les 7 jours post-partum se présentant à la salle d'accouchement ou à l'urgence de l'HSCM est entrée en vigueur le 15 juillet 2019. Les infirmières ont été formées. Le triage obstétrical a débuté le 3 septembre 2019. Une infirmière, 24h/24, assure présentement la prise en charge de patientes.

Des suivis systématiques (cheminement clinique) de l'Unité mère-enfant utilisés depuis août 2019. Les infirmières ont été formées en mai 2019. Les infirmières de l'Unité mère-enfant sont en mesure de transmettre les problématiques exigeant des surveillances de la part du CLSC après la formation. La migration des dossiers des nouveau-nés en bonne santé avec les dossiers des mères en post-partum a été réalisée en août 2019.

Le CIUSSS NIM a procédé à de nouvelles embauches d'auxiliaires aux services de santé et sociaux. Le recours aux agences pour ce titre d'emploi a donc diminué. Aussi, les agences concernées (5) ont été rencontrées à deux reprises chacune durant les derniers mois de l'année 2019. Des suivis sur les actions prévues ont donc été réalisés (stabilité des ressources, gestion des dossiers complexes, stratégies pour optimiser l'utilisation de la main-d'œuvre, etc.). Un questionnaire de satisfaction est en élaboration et sera distribué par la poste à tous les nouveaux prestataires de services.

Un plan d'action a été élaboré pour soutenir la pratique infirmière quant à la documentation des notes au dossier portant sur le travail effectué auprès des usagers et le comportement des personnes lors de l'actualisation de leurs plans de soins. Ces actions devront permettre d'assurer que les notes justificatives quant à l'utilisation des interventions physiques, des contentions et de l'isolement sont réalisées en fonction des normes de pratique. Le 5 décembre 2019, une rencontre a eu lieu avec la direction des soins infirmiers afin d'identifier les priorités ainsi que le soutien qui sera offert par la direction. Au plan d'action élaboré, plusieurs actions ont été réalisées.

Protecteur du citoyen

Liste des recommandations adressées à l'établissement

Vingt et un (21) dossiers de plainte ont été soumis au Protecteur du citoyen pour un examen en deuxième instance au cours de l'exercice 2019-2020. Le Protecteur du citoyen a rendu ses conclusions dans dix-neuf (19) dossiers et a ainsi statué sur vingt-huit (28) motifs de plainte. De ces vingt-huit (28) objets examinés, deux ont conduit à des recommandations par le Protecteur du citoyen, soit 7 % de ceux-ci. Ces recommandations à l'endroit de l'établissement visaient à rétablir la situation personnelle d'un usager. Ces recommandations, présentées au comité de vigilance et de la qualité ont amené les mesures correctives suivantes.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

- Annulation des frais administratifs facturés à un usager non résident relativement aux soins et services reçus ;
- Annulation des frais de chambre semi-privée pour un usager jugé inapte à consentir de façon libre et éclairée au moment d'exercer son choix de chambre.

Coroner

Pendant l'année 2019-2020, le CIUSSS NIM a reçu 1 162 rapports du bureau du coroner.

- 11 s'adressaient au CIUSSS et comportaient des recommandations ;
- 19 s'adressaient au CIUSSS et ne comportaient aucune recommandation ;
- 85 rapports s'adressant à d'autres CIUSSS, mais dont nous avons jugé de la nécessité d'intervention de la Direction de la qualité dans une démarche d'amélioration continue en collaboration avec les directions et services concernés ;
- 3 étaient adressés à tout le Réseau de la santé et des services sociaux et dont le CIUSSS NIM a appliqué les recommandations ;

- 1 044 rapports, envoyés à l'ensemble du réseau, mais qui ne comportaient aucune recommandation pour notre CIUSSS.

Grandes catégories de recommandations adressées à l'établissement

Chutes :

- Lorsqu'il y a un changement significatif du nombre de chutes d'un résident, procéder à une nouvelle évaluation du risque de chute dans les meilleurs délais;
- Revoir les circonstances de la chute afin d'évaluer la méthode de sevrage de contentions utilisée, lorsqu'applicable, permettant d'orienter en vue d'une relocalisation et d'évaluer si des méthodes alternatives plus sécuritaires pourraient se substituer au sevrage des contentions;
- Que le CIUSSS NIM révise la situation de l'utilisateur, plus particulièrement les mesures mises en place pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.

Actes professionnels :

- Que le CIUSSS NIM revoie la qualité des actes professionnels et l'environnement physique accueillant les patients en psychiatrie, particulièrement dans les cas de garde préventive ou de garde en établissement.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Réévaluation du risque de chute au retour d'hospitalisation et s'assurer d'appliquer le programme de prévention des chutes en vigueur :

- Capsules d'information à l'endroit du personnel infirmier sur les mesures alternatives de contention et la surveillance à assurer ;
- Clarification de la procédure d'évaluation du risque de chute avec une capsule d'information;
- Formation donnée aux infirmières sur la prévention et la gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier ;
- Mise en place d'un groupe de réflexion afin d'identifier des stratégies de consolidation de la pratique infirmière dans un rôle d'intervenant pivot au sein de l'équipe interdisciplinaire;
- Projet d'aménagement sécuritaire des lieux physiques à l'unité des soins intensifs et mise en place d'une procédure de vérification des effets personnels des usagers et visiteurs.

Autres instances

Inspection professionnelle de l'Ordre des professionnelles en inhalothérapie du Québec

Principales recommandations

En mai 2019, l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) a effectué une visite d'inspection professionnelle sur trois différents sites du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Ces inspections

ont été réalisées à partir des audits de dossiers et des réponses obtenues par les autoévaluations individuelles des inhalothérapeutes.

Tous les sites se sont révélés conformes ou partiellement conformes. Toutefois, pour l'un de nos CLSC, l'ordre a évalué une non-conformité à un 4% dans notre rapport d'autoévaluation. Des mesures ont rapidement été mises en place pour corriger la situation. De plus, un plan d'action pour chacun des sites a été élaboré et déposé pour répondre aux éléments partiellement conformes.

Des mesures correctives ont rapidement été prises pour les trois non-conformités identifiées par l'inspecteur :

1. Consigner dans un registre, de façon détaillée, toutes les vérifications effectuées sur les dispositifs médicaux.
2. Connaître le système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail « SIMDUT 2015 » et sur le transport des matières dangereuses (TDM) et les respecter de façon rigoureuse.
3. Connaître et appliquer le plan des mesures d'urgence (PMU) de l'établissement ou du milieu de travail.

Un plan d'action a été réalisé et déposé pour chacun des sites audités où nous nous engageons à répondre aux recommandations de l'inspecteur.

Inspection de Transport Canada

Principales recommandations

Le 12 septembre 2019, Transport Canada effectuait une inspection sur le transport des marchandises dangereuses à nos installations. Certains éléments de non-conformités ont été observés. Le CIUSSS a pris connaissance des non-conformités notées et a apporté les mesures nécessaires afin de corriger de façon immédiate ces non-conformités. Il s'agit d'exigences de la *Loi de 1992 sur le transport des marchandises dangereuses* et le *Règlement sur le transport des marchandises dangereuses*. Voici les principales recommandations :

1. Au niveau du contenant d'emballage du type Matière Biologique. Ce contenant doit répondre aux exigences établies qui sont très spécifiques. Parmi ces exigences, l'exemption relative à cette catégorie exige que le numéro de téléphone pour joindre l'expéditeur soit inscrit sur le contenant, à côté de l'appellation réglementaire.
2. Les spécimens d'origine humaine doivent être placés dans un contenant qui porte la mention « spécimen humain » et conçu de façon à empêcher tout rejet.

3. Lorsque les matières radioactives sont placées dans un colis, elles doivent être accompagnées d'un document qui comporte l'appellation réglementaire et le numéro UN2 des matières radioactives.
4. Certains contenants utilisés pour le transport de matière de catégorie B ont une étiquette de catégorie A.
5. Un certificat de formation est valide lorsqu'il présente tous les renseignements exigés. Les certificats doivent, entre autres, être signés par l'employé et l'employeur. Certains certificats de formation vérifiés ne sont pas signés par l'employé.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

1. Le CIUSSS a procédé à l'achat des boîtes et étiquettes de catégorie B. Un rappel a également été fait aux employés selon les règlements. L'ensemble des employés a été formé et obtenu le certificat de formation sur le transport des matières dangereuses.
2. Le CIUSSS a retiré les contenants utilisés pour l'envoi de spécimen d'origine humaine et fait l'acquisition de contenants conçus pour ce type d'envoi. Le personnel a été avisé d'inscrire la mention « spécimen humain » afin d'assurer la conformité de règlement.
3. Le CIUSSS a confirmé avec le fournisseur que l'activité des produits radioactifs transportés était inférieure aux normes exigeant un changement de la part du CIUSSS. Les caractéristiques du produit ont également été vérifiées. Un document de preuve a été fourni à cet effet.
4. Le CIUSSS a procédé à l'acquisition de boîtes et d'étiquettes de catégorie B. Un rappel a été fait aux employés concernant la réglementation de Transport Canada.
5. Le CIUSSS a procédé aux signatures des attestations de formation. Cette attestation est portée à même la carte d'identification des employés de laboratoire.

² Le n° UN ou n° ONU est un numéro d'identification à 4 chiffres des marchandises dont le transport est réglementé. Ils sont définis par le comité d'experts des Nations Unies pour le transport des matières dangereuses.

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

Les mises sous garde (1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020)

Installation Mise sous garde	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total Missions
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	743	Sans objet	Sans objet	Sans objet	743
Nombre de demandes (requêtes) de mise 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	484
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	464	Sans objet	Sans objet	Sans objet	464
Nombre de demandes (requêtes) de mise sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	534
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	534	Sans objet	Sans objet	Sans objet	534

L'examen des plaintes et la promotion des droits

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est nommée par le conseil d'administration. Elle est responsable du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle a, entre autres mandats, les responsabilités suivantes :

- Appliquer la procédure d'examen des plaintes;
- Examiner les dossiers qui lui sont soumis et rendre des conclusions motivées dans les 45 jours suivants le dépôt d'une plainte;
- Assister ou veiller à ce qu'une assistance soit prêtée aux usagers;
- Intervenir, de sa propre initiative ou sur signalement, lorsqu'elle a des motifs de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés;

- Recevoir tous les signalements effectués dans le cadre de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne en situation de vulnérabilité*;
- Donner son avis sur toute question de sa compétence.

Les moyens utilisés par l'établissement pour permettre à la population d'accéder 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, sont les suivants :

- Le site Web du CIUSSS NIM (www.ciusssordmtl.ca), dans la section Satisfaction des services;
- Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Activités de promotion et d'information dans les différentes installations du CIUSSS NIM.

L'information et la consultation de la population

Plusieurs outils et activités sont mis de l'avant pour mieux informer et consulter la population de notre territoire, de façon continue. De nouvelles réalisations ont également vu le jour cette année à cet égard, pour faciliter l'accès à nos soins et services et prendre le pouls des besoins de la population.

Information à la population

Médias numériques

- **Site Web**

Une nouvelle plateforme plus conviviale et dynamique a vu le jour cette année. Elle permet la diffusion d'un contenu riche et fouillé, qui répond aux besoins rapides d'information de la population, tant sur nos soins et services que sur les grands projets et possibilités de carrière qui marquent le développement de notre établissement.

- **Écrans numériques**

Un réseau d'écrans numériques est présent et alimenté en continu dans nos 26 installations pour diffuser les programmes et services mis sur pied pour nos différentes clientèles, de la petite enfance au troisième âge.

Médias sociaux

Nos médias sociaux sont alimentés quotidiennement pour informer des nouveautés et réalisations de notre établissement. Ils ont permis cette année la diffusion en ligne d'une conférence vidéo d'une heure, portant sur l'une des grandes expertises de nos scientifiques : le sommeil. Réunissant trois de nos experts et animé par la journaliste Isabelle Lacasse, l'événement a permis non seulement de mieux renseigner sur les troubles du sommeil, mais également de répondre en direct aux questions du public.

Parmi nos médias sociaux courants, nous comptons :

- LinkedIn

- Facebook
- Twitter

Publications

Outre les nombreuses publications d'information clinique que nous diffusons, nous avons lancé en septembre 2019 une *Infolettre* destinée à la population. Elle vise à promouvoir de saines habitudes de vie pour toute la famille ainsi qu'à mieux renseigner sur les divers soins et services offerts sur notre territoire, dans nos installations et chez nos partenaires.

Nous avons également publié un *Dépliant des services à la population*, qui regroupe les coordonnées de nos principaux guichets d'accès et services de première ligne, pour distribution dans les salles d'attente de nos installations et chez nos partenaires.

Centre d'information

Notre centre d'information permet aux usagers d'obtenir une information juste et rapide sur les services de notre établissement. Répondant à 1 500 demandes d'information par jour, il effectue une gestion de bout en bout des requêtes de renseignement dans plus de 40 % des cas, sans transfert d'appel, offrant ainsi un service de qualité qui répond aux besoins de notre population.

Séances publiques du conseil d'administration

En plus des séances publiques tenues aux deux mois par notre conseil d'administration, où la population est invitée à discuter de ses préoccupations avec les membres du conseil et la direction de notre établissement, une séance publique d'information a lieu à l'automne pour présenter le bilan des activités du CIUSSS.

Consultation de la population

Usager partenaire

L'intégration d'usagers dans notre démarche d'amélioration continue marque un tournant important dans la reconnaissance de leur apport essentiel à l'amélioration de la performance de notre établissement. Les usagers vivent ou ont vécu avec la condition clinique donnée. Ils ont utilisé les soins et services et sont dotés d'une expertise propre, acquise par leur expérience, le savoir expérientiel. Ils sont les seuls à pouvoir transmettre ce savoir et représenter adéquatement la perspective de l'usager.

Nous sollicitons leur collaboration dans de nombreuses démarches d'amélioration clinique et administrative. Plus particulièrement, leur participation comme contributeur à part entière de notre modèle de gestion par trajectoire de soins et de services est indispensable à l'amélioration d'une trajectoire qui leur est offerte dans un secteur clinique donné. Présentement, nous avons débuté quatre trajectoires en collaboration avec un usager partenaire : maladie pulmonaire obstructive chronique, cancer colorectal, saine gestion du poids et trouble du spectre de l'autisme.

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

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

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

Faits saillants :

En comparatif de l'année 2018-2019 :

- Augmentation de 60 % des sédations palliatives continues déclarées;
- Augmentation de 48 % du nombre de demandes d'AMM formulées;
- Augmentation de 39 % du nombre d'AMM administrées;
- Légère augmentation de la proportion des demandes d'AMM non administrées pour différentes raisons dont les principales sont :
 - Demandes retirées pour une autre option thérapeutique (57 % des demandes non administrées);
 - Décès ou inaptitude à consentir pendant le traitement de la demande (38 % des demandes non administrées).

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1^{er} avril au 31 mars)

Activité	Information	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	783
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*	309
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	843
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs	N/A
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	32
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	71
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	32
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées ²	39

*En CHSLD dans les lits dédiés aux soins palliatifs

² Ne répond pas aux critères: 2

DCD ou devenu inapte en cours d'évaluation: 14

Demande retirée pour une autre option thérapeutique: 21

Demandes toujours en cours d'évaluation au 31 mars : 2

7. Les ressources humaines

Répartition de l'effectif en 2018 par catégorie de personnel

	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 510	2 829
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 954	3 107
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 517	1 278
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	1 647	1 391
5 - Personnel non visé par la loi 30	83	73
6 - Personnel d'encadrement	369	362
Total	11 080	9 040

Nombre d'emplois = Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalents temps complet (ETC) = L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

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

	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars		
	2019-03-31 au 2020-03-28		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	638 919	9 388	648 307
2 - Personnel professionnel	1 944 651	9 568	1 954 219
3 - Personnel infirmier	5 135 700	402 330	5 538 030
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	7 235 117	398 640	7 633 757
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 908 733	67 843	1 976 576
6 - Étudiants et stagiaires	17 233	138	17 371
Total 2019-2020	16 880 354	887 907	17 768 261
Total 2018-2019			17 454 798

Cible 2019-2020	17 643 143
Écart	125 117
Écart en %	0,7%

Suivi de la loi sur le contrôle des effectifs

Dans le cadre de l'application de la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État* (LGCE) qui vise notamment à assurer une saine gestion des effectifs, la cible fixée par le Conseil du trésor n'a pas été atteinte. L'établissement présente un écart à la cible de 125 118 heures (0,7%).

Le MSSS a ajusté la cible de l'organisation de 401 088 heures. Les développements depuis les deux dernières années sont donc reflétés à la cible de la LGCE.

Le solde de l'écart à la cible s'explique par la hausse importante des heures à temps supplémentaire et en assurance-salaire. On constate que la difficulté de doter les postes en lien avec les développements occasionnent beaucoup de pression sur la main-d'œuvre de l'organisation. À l'hiver 2019, l'établissement a mis en place des mécanismes visant l'attraction et la rétention du personnel qui permettront de réduire l'impact du temps supplémentaire, de la main-d'œuvre indépendante et par conséquent, de l'assurance-salaire.

Par ailleurs, les rehaussements d'heures requises pour la gestion de la crise de la COVID-19 dans la dernière période de l'année financière ont généré un impact de 42 000 heures en surplus de la cible établie pour la LGCE.

8. Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice précédent	Exercice courant	Variations des dépenses	
	Dépenses	Dépenses	\$	%
Programmes-services				
Santé publique	10 623 861 \$	11 142 359 \$	518 498 \$	4,9
Services généraux, activités cliniques et d'aide	3 183 600 \$	34 969 846 \$	3 133 578 \$	9,8
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet Hébergement	150 301 313 \$	158 661 904 \$	8 360 591 \$	5,56
Soutien à l'autonomie des personnes âgées - Volet soutien à domicile et autres	64 820 466 \$	69 585 527 \$	4 765 061 \$	7,35
Déficience physique	11 524 770 \$	12 657 404 \$	1 132 634 \$	9,8
Déficience intellectuelle et TSA	9 286 514 \$	9 005 439 \$	(281 075) \$	-3,0
Jeunes en difficulté	7 187 373 \$	7 199 316 \$	11 943 \$	0,1
Dépendances	262 150 \$	338 764 \$	76 614 \$	29,2
Santé mentale	74 529 070 \$	77 896 359 \$	3 367 289 \$	4,5
Santé physique	346 943 858 \$	365 163 467 \$	18 219 609 \$	5,25
Programmes soutien				
Administration	68 482 686 \$	70 598 427 \$	2 115 741 \$	3,08
Soutien aux services	80 874 518 \$	83 995 401 \$	3 120 882 \$	3,85
Gestion des bâtiments et des équipements	73 015 132 \$	74 752 956 \$	1 737 824 \$	2,3
Total	929 687 979 \$	975 967 169 \$	46 279 190 \$	

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

L'équilibre budgétaire

L'exercice financier 2019-2020 a été marqué par la poursuite des développements dans plusieurs secteurs, notamment en services de première ligne, en soutien à domicile et en hébergement. L'établissement a également eu à composer avec une hausse importante du temps supplémentaire. Celle-ci s'explique en partie par l'application des règles régissant le recours à la main-d'œuvre indépendante limitant l'accessibilité à ces ressources et d'autre part par la hausse des absences longues durées et les difficultés de recrutement de main-d'œuvre. De plus, ces développements de service et le recrutement massif au cours de l'exercice ont généré une augmentation importante des coûts en orientation du personnel. Par ailleurs, l'intégration de nouvelles molécules aux traitements de certains cancers a fait augmenter le coût des médicaments de façon significative, hausse qui a été compensée par un financement non récurrent de la part du Ministère.

Le résultat des opérations du fonds d'exploitation indiqué à la page 200 présente un déficit de 8 841 082 \$ principalement attribuable à l'augmentation des coûts de temps supplémentaire, d'orientation pour les nouveaux employés et l'augmentation des dépenses d'assurance salaire et de CNESST.

Le résultat du fonds d'immobilisation se solde quant à lui par un déficit 957 559 \$ causé par la synchronisation lors de l'utilisation des sommes transférées de l'exploitation au fonds d'immobilisation des années antérieures et à la dépense d'amortissement de ces mêmes sommes.

L'établissement présente donc, au 31 mars 2020, un résultat déficitaire global (exploitation et immobilisation) de 9 798 641 \$. Conséquemment, le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal ne respecte pas la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*. L'organisation poursuit ses démarches de gestion visant l'amélioration de la qualité et de la pertinence des services offerts en mettant à contribution la collaboration de l'ensemble des secteurs de l'établissement.

Les contrats de services

Contrats de service comportant une dépense de 25 000\$ et plus
conclus entre le 1^{er} avril 2019 et le 30 mars 2020

Type de contrats de services	Nombre	%	Valeur	%
Contrats de services conclus avec une personne physique ¹	17	7	948 043 \$	2
Contrats de services conclus avec un contractant autre qu'une personne physique ²	229	93	51 874 987 \$	98
Total	246	100	52 823 029 \$	100

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

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

9. 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 2019-2020	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	Aucune, car selon les directives du MSSS.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Certains établissements du CIUSSS doivent compiler l'unité de mesure « usagers distincts ». Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2015-2016	R	Sera possible lors de l'intégration dans un système informatique unique des index patients.			X

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2019-2020	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Le résultat des opérations de l'établissement va à l'encontre de la <i>Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux</i> qui mentionne qu'aucun établissement ne doit encourir de déficit à la fin de l'année financière.	2016-2017	C	L'établissement termine avec un déficit en dessous de 1%. Un suivi budgétaire rigoureux est réalisé à chaque période financière.			X
Rapport à la gouvernance						
Les pilotes (employés des services des finances et des ressources humaines) ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux applications de GRF et Virtuo respectivement alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles	2015-2016	C	Les profils d'accès de l'application financière Espresso (GRF) ont été révisés et l'octroi de ceux-ci est dorénavant réalisé par la Direction des ressources technologiques et informationnelles (DRTI). Concernant l'applicatif PaieRh de Virtuo, un processus de vérification sera mis en place au cours de l'exercice 2020-2021, afin de s'assurer que les actions effectuées par les pilotes ne comportent aucune création ou modification non autorisée.			X

10. La divulgation des actes répréhensibles

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

La procédure visant à faciliter la divulgation d'actes répréhensibles par les personnes œuvrant au sein de l'établissement est entrée en vigueur le 24 mai 2018. Aucune divulgation n'a été recensée au 31 mars 2020.

Annexe 1 Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

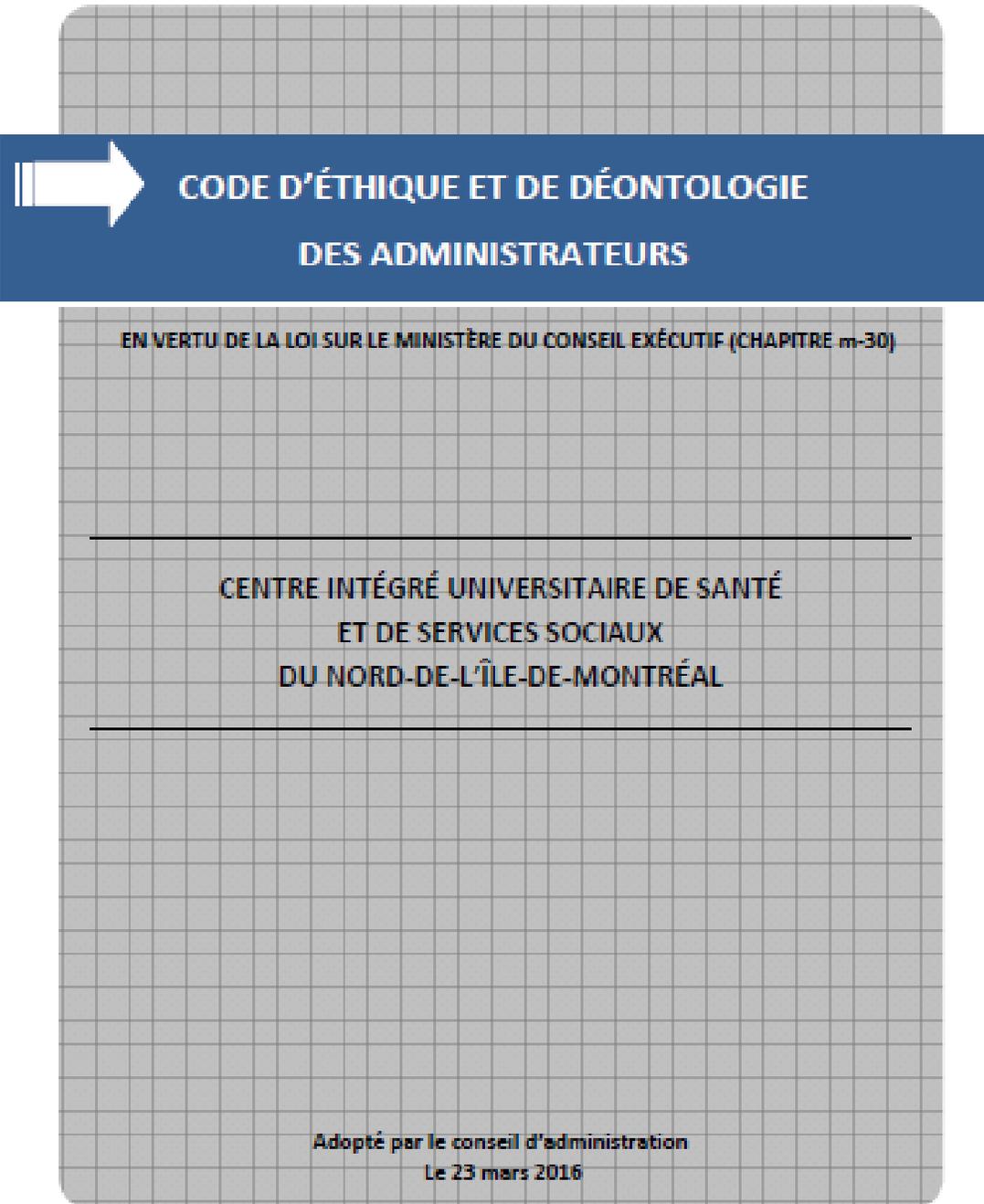


TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	7
SECTION 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS	10
SECTION 4 — APPLICATION	12
ANNEXES.....	16
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général	
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

13. Le membre se croyant être en conflit direct ou indirect doit le dénoncer par écrit au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les trente (30) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

d'éthique. Le comité *ad hoc* peut s'adjoindre, s'il le juge nécessaire et après autorisation du conseil d'administration, de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre

connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

(30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe II – Avis de bris du statut

d'indépendance AVIS SIGNÉ

Je, soussigné (e), _____ [prénom et nom en lettres
moulées], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut
de membre indépendant au sein du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de
santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal due aux faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

Δ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de- l'Île-de-Montréal.

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

4. Autre(s) situation(s)

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal
Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

Δ 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

Δ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de- l'Île-de-Montréal.

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

3. Emploi

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

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

4. Autre(s) situation(s)

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

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

Signature _____

Date [aaaa-mm-jj] _____

Montréal
Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné (e), _____ [prénom et nom en lettres
moulées], membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal déclare par la présente :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal

Lieu