

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2019 - 2020

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

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

3755 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1E2

Web: www.ciusscentreouest.ca

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

Directeur de projet:

Dan Gabay, Directeur général adjoint

Coordination et rédaction:

Julie Ricciardi, Adjointe au PDG,
en collaboration avec l'ensemble des directions du CIUSSS

Conception graphique et infographie:

Gary Atlass, Services des communications, Direction des Ressources humaines,
Communications, Affaires juridiques et Sécurité globale

Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2020).

TABLE DES MATIÈRES

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS	15
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	16
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	17
3.1 L'établissement	17
3.1.1 La mission du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	17
3.1.2 Les valeurs du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	17
3.1.3 Les principaux services offerts	18
3.1.4 Nos installations et leurs désignations	18
3.1.5 La vocation suprarégionale et supra territoriale	19
3.1.6 L'organigramme du CIUSSS au 31 mars 2020	20
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils, les instances consultatives	22
3.2.1 Le conseil d'administration	22
3.2.2 Comités, conseils et instances consultatives	24
3.3 Les faits saillants	28
3.3.1 Nouvelles offres de services développées	28
3.3.2 Amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services	29
3.3.3 Amélioration de la qualité et de la continuité des soins et des services	29
3.3.4 Amélioration de la sécurité	30
3.3.5 Développement de partenariats	30
3.3.6 Prix et distinctions reçus	30
3.3.7 Actions mises en place pour nos employés	30
3.3.8 Impacts de la COVID-19	31
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	32
4.1 Chapitre III: Attentes spécifiques	32
4.2 Chapitre IV: Engagements annuels	39
4.3 Autres résultats	56

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	57
5.1 La certification	57
5.1.1 L'agrément	57
5.1.2 Les visites ministérielles dans les CHSLD	59
5.1.3 La certification des RPA	60
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	60
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services	60
5.3 Le nombre de mises sous garde dans une installation selon la mission	69
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	69
5.5 L'information et la consultation de la population	69
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	72
7. LES RESSOURCES HUMAINES	73
7.1 Les ressources humaines de l'établissement public	73
7.2 La gestion et contrôle des effectifs	74
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES	75
8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	75
8.2 L'équilibre budgétaire	76
8.3 Les contrats de services	76
9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	77
10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES	80
11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	81
ANNEXE 1: CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	85

LE CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

En bref

- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal



Hébergement

- Donald Berman Maimonides
- Donald Berman Jewish Eldercare
- Centre St-Andrew
- Centre St-Margaret
- Centre Henri-Bradet
- Centre Father-Dowd
- Hôpital Mont-Sinaï



Réadaptation

- Centre Miriam
- CR Lethbridge-Layton-Mackay
- Hôpital Catherine-Booth
- Hôpital Richardson



CLSC

- CLSC Benny Farm
- CLSC René-Cassin
- CLSC Côte-des-Neiges
- CLSC Parc-Extension
- CLSC Métro
- Groupe de Médecine Familiale (GMF) : 15
- GMF-Réseau: 6



Soins aigus

- Hôpital général juif



LE TERRITOIRE DU CIUSSS:

- Le CIUSSS couvre une superficie de 54 km².
- Il couvre partiellement ou totalement cinq arrondissements (Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce, Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension, Rosemont/La Petite Patrie, Plateau Mont-Royal et Ville-Marie) et cinq villes liées (Hampstead, Westmount, Montréal-Ouest, Mont-Royal et Côte-Saint-Luc).

Montréal).

- 37 % des personnes âgées vivent seules (36 % pour Montréal).
- L'espérance de vie la plus élevée des CIUSSS à Montréal.
- Le taux de mortalité évitable le plus faible (70,9 % vs 89,4 % à Montréal).

NOS EMPLOYÉS ET NOS MÉDECINS:

Le CIUSSS du Centre-Ouest emploie 10 495 personnes:

- Personnel d'encadrement: 386 personnes.
- Personnel infirmier: 3 018 personnes.
- Professionnels cliniques: 1 662 personnes.
- Personnel technique (clinique et administratif) et personnel de bureau: 4 386 personnes.
- Ouvriers, personnel d'entretien et de services: 1 043 personnes.
- Nous comptons environ 750 médecins, soit 251 omnipraticiens et près de 500 médecins spécialistes.

LA POPULATION DE NOTRE TERRITOIRE:

Environ 350 000 personnes résident sur notre territoire :

- 17,3 % de personnes de 65 ans et plus. (16,7 % pour Montréal).
- 20 % de jeunes de moins de 18 ans (18,8 % pour Montréal).
- 42,1 % d'immigrants (34 % pour Montréal).
- 24,3 % des personnes parlent une langue autre que français ou anglais (18,3 % pour

LES RESSOURCES DE NOTRE CIUSSS ET LES RESSOURCES DU TERRITOIRE:

Les installations de notre CIUSSS:

- Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.
- Centres de réadaptation en déficience physique Adultes et Enfants: Déficience motrice, auditive, visuelle et langagière.
- Centre de réadaptation en Déficience intellectuelle et Troubles du spectre de l'autisme - Adultes et Enfants.
- Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).
- Centres locaux de services communautaires (CLSC).
- 131 cliniques médicales se trouvent sur le territoire, dont 15 GMF. Parmi ces 15 GMF, nous trouvons 6 GMF-Réseau et 3 GMF-Universitaires avec services de prélèvements et d'imagerie médicale.

NOS CENTRES DE RECHERCHE RENOMMÉS:

- Institut Lady Davis, l'un des plus grands établissements de recherche biomédicale au Canada <http://www.ladydavis.ca/fr/home>
- Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) <https://www.creges.ca/>
- Institut universitaire SHERPA <https://sherpa-recherche.com>
- Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) <https://cir.ca/>
- Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) <https://cerda.info/>
- Centre de recherche sur le vieillissement du Centre gériatrique Maimonides Donald Berman <https://www.donaldbermanmaimonides.ca/recherche-et-prix/la-recherche-a-maimonides/>



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2019 - 2020



ALAN MAISLIN
président



DR LAWRENCE ROSENBERG, M.D., PH. D.
Président-directeur général

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal est un établissement de santé et de services sociaux extraordinaire, et chaque jour nous apprécions la chance et l'honneur que nous avons de le diriger. Les employés et les médecins qui y travaillent sont des personnes d'un grand professionnalisme, qui visent l'excellence dans leur secteur. Les résultats que nous obtenons jour après jour au niveau des indicateurs de qualité, d'efficacité et de performance sont attribuables directement à l'implication de ces employés exceptionnels.

Ce sentiment de communauté et d'excellence se reflète dans la nomination de notre CIUSSS comme l'un des meilleurs employeurs de Montréal. Les sondages de satisfaction réalisés auprès de nos employés le démontrent bien, notre CIUSSS est non seulement un milieu de soins mais également un milieu de travail que chacun recommanderait à ses proches, à sa famille et à ses amis.

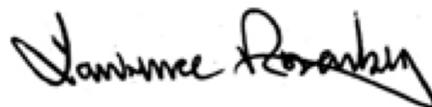
Depuis maintenant 2 ans, nous avons entrepris un virage vers la santé numérique, afin de mettre à profit pour notre clientèle, nos employés et nos médecins la formidable évolution de toutes les nouvelles technologies. La santé numérique devient un axe transversal dans notre CIUSSS, et de très nombreux projets de télésanté ont déjà été implantés ou sont en cours de planification, dans des secteurs aussi divers que l'urgence, la réadaptation, la santé mentale, les cliniques externes ou encore la cancérologie. L'amélioration de l'accès aux services et leur plus grande disponibilité, la réduction des déplacements et du temps d'attente dans une salle, l'absence de risques d'infection, la simplification de la consultation des données, l'amélioration de la conciliation travail-vie personnelle, autant pour l'utilisateur que pour le soignant, ne sont que quelques-uns des bénéfices résultant de l'implantation des technologies comprises dans l'éventail des possibilités de la santé numérique. Ce virage sert non seulement de catalyseur pour le changement, mais également d'élément rassembleur pour nos employés et nos médecins, qui s'investissent pleinement dans ces projets tout en créant un réel partenariat avec nos usagers et l'ensemble de nos partenaires. Toutes ces améliorations s'inscrivent avec cohérence dans l'approche parapluie centrée sur la personne Planetree que nous mettons en place et qui nous inspire.

Enfin, la fin de cette année financière 2019-2020 aura été marquée par le commencement de la pandémie de la COVID-19, à laquelle nos équipes se sont préparées dès le début de l'hiver 2020. L'Hôpital général juif a été désigné comme le premier hôpital pour adultes de Montréal à accueillir la clientèle contaminée à la COVID-19. Une fois encore, nos employés et nos médecins ont démontré leur grande valeur en s'impliquant complètement pour implanter toutes les directives ministérielles et de santé publique nécessaires pour assumer notre rôle d'hôpital désigné.

Alors que les défis auxquels nous sommes confrontés sont plus grands que jamais, nous ne pourrions être plus fiers des équipes avec lesquelles nous leur faisons face.



Alan Maislin
Président



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

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

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

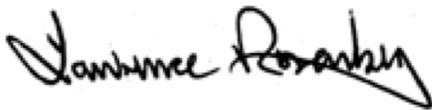
Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de la Qualité, de l'Innovation, de l'Évaluation, de la Performance et de l'Éthique. Une lettre a été produite à cet effet.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2019-2020 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal:

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- 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.



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

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

3.1 L'ÉTABLISSEMENT

3.1.1 LA MISSION DU CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

1. FOURNIR UN CONTINUUM DE SOINS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE QUALITÉ SUPÉRIEURE DANS TOUT NOTRE RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS

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

2. FOURNIR AVEC COMPASSION DES SOINS CENTRÉS SUR L'USAGER ET CRÉER UNE EXPÉRIENCE PATIENT EXCEPTIONNELLE

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

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

3. ÉTABLIR ET PROMOUVOIR LE LEADERSHIP ET L'EXCELLENCE DANS L'ENSEIGNEMENT EN SCIENCES DE LA SANTÉ ET EN SCIENCES SOCIALES

4. FAIRE AVANCER LES CONNAISSANCES DANS LE DOMAINE DES SCIENCES DE LA SANTÉ ET DES SCIENCES SOCIALES GRÂCE À L'EXCELLENCE EN MATIÈRE DE RECHERCHE ET D'INNOVATION

3.1.2 LES VALEURS DU CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

1. DES SOINS DE QUALITÉ SUPÉRIEURE

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

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

2. COMPASSION, DIGNITÉ ET RESPECT*

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

Notre but est de fournir aux usagers une expérience exceptionnelle.

3. SÉCURITÉ

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

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

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

4. TRAVAIL D'ÉQUIPE

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

5. CONNAISSANCES ET INNOVATION

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

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

3.1.3 LES PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS

À L'HÔPITAL :

- Services diagnostiques et soins médicaux généraux et spécialisés.

EN CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC) :

- Services de santé et services sociaux courants de nature préventive, curative, de réadaptation ou de réinsertion, offerts au CLSC, à l'école, au travail ou à domicile.
- Activités de santé publique.

EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD) :

- Services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance dans un milieu de vie temporaire ou permanent.
- Services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux à

des adultes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale.

EN CENTRE DE RÉADAPTATION :

- Services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, ont besoin de tels services. Le centre de réadaptation offre également des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.
- Nos centres de réadaptation offrent ces services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, ainsi que pour les personnes ayant une déficience physique, qu'elle soit auditive, visuelle, motrice ou du langage.

3.1.4 NOS INSTALLATIONS ET LEURS DÉSIGNATIONS

- **CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE (CHAU)**
 - o Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis
- **CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE (CAU)**
 - o Centre d'hébergement Father Dowd
 - o Centre d'hébergement Henri-Bradet
 - o Centre d'hébergement Saint-Andrew
 - o Centre d'hébergement Saint-Margaret
 - o CLSC de Benny Farm
 - o CLSC René-Cassin
 - o Hôpital Catherine Booth
 - o Hôpital Richardson
- **INSTITUT UNIVERSITAIRE (IU)**
 - o CLSC de Côte-des-Neiges (IU social)
 - o CLSC Métro (IU social)
 - o CLSC de Parc-Extension (IU social)
 - o Point de service Outremont (IU social)

- o Maison des naissances de Côte-des-Neiges
- o Info Santé - Info Social
- **HÔPITAL D'ENSEIGNEMENT AFFILIÉ**
 - o Centre hospitalier Mont-Sinaï
 - o Centre gériatrique Maimonides Donald Berman
 - o CHSLD juif Donald Berman
- **AUCUNE DÉSIGNATION**
 - o Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay
 - o Centre Miriam
- **PROCHES COLLABORATEURS**
 - o **Ressources Intermédiaires (RI)**
 - Manoir Renaissance
 - Résidence du Boulevard
 - Ressource intermédiaire Lev-Tov
 - Ressource intermédiaire Maison Paternelle
 - Ressource intermédiaire de la Montagne
 - Ressource intermédiaire Les Pavillons LaSalle
 - o **Les Maisons Bleues**
 - La Maison Bleue Côte-des-Neiges
 - La Maison Bleue Parc-Extension
- o Infectiologie notamment pour la tuberculose
- o Équipe d'intervention anti-radicalisation en Implant cochléaire
- o Programmation et réadaptation en implant cochléaire
- o Services de réadaptation en déficience auditive
- o Ligne AAA - Aide-Abus-Aînés
- **GROUPES DE LA POPULATION:**
 - o Accueil des réfugiés : Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile PRAIDA
 - o Clientèle anglophone
 - o Soutien la pratique de certaines traditions religieuses (juive et presbytérienne)

3.1.5 LA VOCATION SUPRARÉGIONALE ET SUPRA TERRITORIALE

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS Centre-Ouest) présente une vocation supra régionale pour certains volets cliniques, ainsi que pour certains groupes de la population :

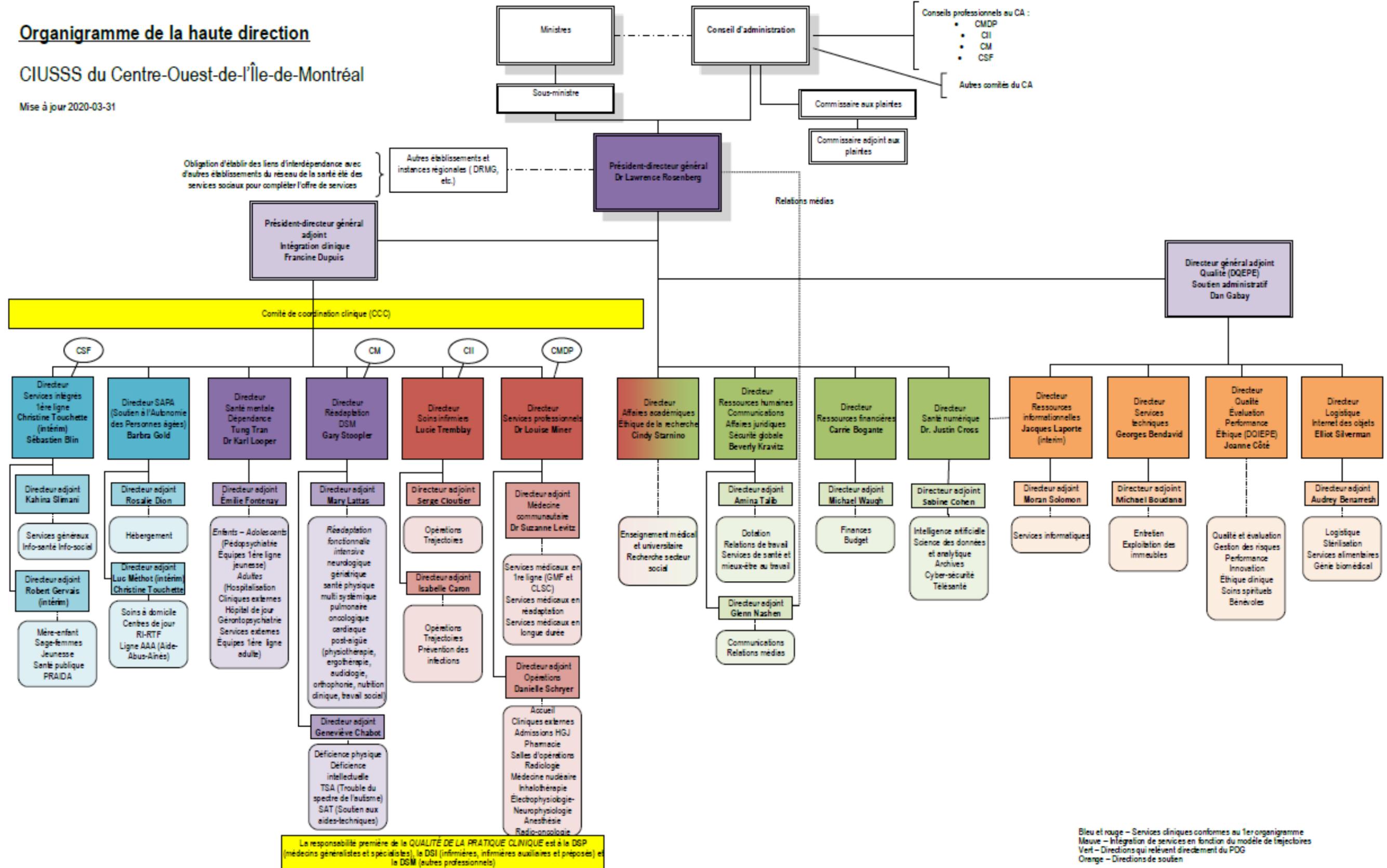
- **VOLETS CLINIQUES :**
 - o Oncologie
 - o Grossesses à risque élevé et néonatalogie
 - o Urologie, uro-oncologie, gynéco-oncologie
 - o Chirurgie : cardiaque, cervico-faciale due à un cancer, hépatobiliaire, colorectale
 - o Cardiologie : hypertension artérielle pulmonaire

3.1.6 L'ORGANIGRAMME DU CIUSSS AU 31 MARS 2020

Organigramme de la haute direction

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

Mise à jour 2020-03-31



Qualité, évolution de la pratique, agrément, patient partenaire, expérience patient, interdisciplinarité

3.2 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS, LES INSTANCES CONSULTATIVES

3.2.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Liste des membres :

NOM	COLLÈGES ÉLECTORAUX	POSTE
M. Alan Maislin	Membre indépendant Réadaptation	Président
M. Samuel Minzberg	Membre indépendant Gouvernance ou éthique	Vice-président
Dr Lawrence Rosenberg	Président-directeur général	Secrétaire
Mme Gail Adelson	Nomination Universités affiliées	Administratrice
Dr Marc Afilalo	Désignation Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	Administrateur
Mme Erica Fagen	Désignation Conseil multidisciplinaire	Administratrice
Mme Isabelle Caron	Désignation Conseil des infirmières et infirmiers	Administratrice
M. Lucio D'Intino	Désignation Comité des usagers	Administrateur
Dr David Eidelman	Nomination Universités affiliées	Administrateur
Mme Linda Fortier	Membre indépendant Santé mentale	Administratrice
Mme Susan Karpman	Nomination Protection de la jeunesse	Administratrice
Mme Lucyna Lach	Membre indépendant Réadaptation	Administratrice
M. Gary Wechsler	Membre indépendant Risques, finances et comptabilité	Administrateur
Mme Julie Roy	Désignation Comité régional sur les services pharmaceutiques	Administratrice
M. Allen F. Rubin	Membre indépendant Ressources immobilières, informationnelles ou humaines	Administrateur
M. Ronald Waxman	Membre indépendant Vérification, performance ou gestion de la qualité	Administrateur

M. Richard Bond	Membre observateur Fondations	Administrateur
M. Mordecai Yalovsky	Membre indépendant Organismes communautaires	Administrateur
Mme Alyssa Yufe	Membre indépendant Usager des services sociaux	Administratrice
Dre Christine Florakas	Désignation Département régional de médecine générale	Administratrice

Administrateurs n'étant plus en fonction au 31 mars 2019 :

NOM	COLLÈGES ÉLECTORAUX	POSTE
Mme Isabelle Bisaillon	Désignation Conseil multidisciplinaire	Administratrice (jusqu'au 14 février 2020)
M. Antonio Loffreda	Membre indépendant Risques, finances et comptabilité	Administrateur (jusqu'au 26 septembre 2019)
M. Eddy Wiltzer	Membre observateur Fondations	Administrateur (jusqu'au 10 avril 2019)

BILAN DES ACTIVITÉS :

SÉANCES ORDINAIRES	6
SÉANCES SPÉCIALES	2
SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE D'INFORMATION	1
ATELIER DE FORMATION	0
RÉSOLUTIONS ADOPTÉES	222

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :BILAN

Au cours de la dernière année, aucun manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été porté à l'attention du conseil d'administration. Aucune sanction n'a été imposée par le conseil d'administration à l'égard d'un membre.

Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal est présenté à l'annexe 1.

3.2.2 COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

Les comités du conseil d'administration :

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE (coordination par le Bureau du président-directeur général)	2 séances
M. Samuel Minzberg	Président
Mme Gail Adelson	Membre
M. Alan Maislin	Membre
M. Mordecai Yalovsky	Membre
Mme Alyssa Yufe	Membre

COMITÉ DE VÉRIFICATION (coordination par la Direction des Ressources financières)	8 séances
M. Mordecai Yalovsky	Président
M. Gary Wechsler	Membre
M. Ronald Waxman	Membre
Mme Alyssa Yufe	Membre
M. Alan Maislin	Membre d'office

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (coordination par le bureau du directeur-général adjoint de la qualité, évaluation, performance et éthique clinique)	11 séances
Mme Lucyna Lach	Présidente
M. Lucio D'Intino	Membre
Mme Linda Fortier	Membre
Mme Susan Karpman	Membre
Dr Lawrence Rosenberg	Membre
Mme Maude Laliberté	Membre

COMITÉ DE RÉVISION	10 séances
Mme Alyssa Yufe	Présidente
M. Ron Waxman	Président substitut

Dre Sylvie Boulet	Membre
Dre Judy Glass	Membre

Les comités consultatifs :

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

COMITÉ CONSULTATIF DE L'HÔPITAL MONT-SINAÏ	
M. Brian Becker	Co-président
M. Elliot Bier	Co-président
M. Mitchell Kendall	Membre
M. Leon Krolik	Membre
Mme Nathalie Saad	Membre
Dr Norman Wolkove	Membre
Poste vacant	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE DONALD BERMAN JUIF DE MONTRÉAL	
M. Don Prinsky	Président
M. Bram Freedman	Membre
M. Syd Gartner	Membre
Dr Mark Karanofsky	Membre
M. Rory Olson	Membre
Mme Diana Schweitzer	Membre
M. Bradley Steinmetz	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE GÉRIATRIQUE MAIMONIDES DONALD BERMAN	
M. Murray Goodz	Président
M. Danny Baum	Membre
M. Michael Corber	Membre
Mme Angela D'Angelo	Membre
Mme Karen Flam	Membre
M. Leonard Lewkowict	Membre
M. Fred Naimer	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE MIRIAM	
Dr Abe Fuks	Président
M. Geoffrey Chambers	Membre
Mme Manon Carle Dagenais	Membre
M. Warren Greenstone	Membre
Mme Diane Guerrero	Membre
M. Salvatore Guerrero	Membre
Mme Dahlia Waisgrus	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE DE RÉADAPTATION LETHBRIDGE-LAYTON-MACKAY	
Mme Christine Boyle	Présidente
M. Richard Bond	Membre
M. Paul Gareau	Membre
Mme Marlene Jennings	Membre
Mme Randy Robins	Membre
Mme Diane States	Membre
Mme Caroline Storr-Ordolis	Membre

AUTRES COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES EN FONCTION DANS NOTRE CIUSSS :

- Comité des usagers - Président M. Lucio D'Intino
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens - Présidente Dre Elizabeth MacNamara
- Conseil des infirmières et infirmiers - Présidente Mme Johanne Grondin
- Comité multidisciplinaire - Président M. Nicolas Masse
- Conseil des sages-femmes - Présidente Mme Maëcha Nault
- Comité de qualité et gestion des risques - Co-Présidentes Mme Joanne Côté et Mme Chantal Bellerose
- Table locale Côte-Saint-Luc - NDG - Montréal-Ouest du Département régional de médecine générale (DRMG) - Chef de la table locale Dr Ronald Ludman
- Table locale Côte-des-Neiges - Métro - Parc-Extension du Département régional de médecine générale (DRMG) - Cheffe de la table locale Dre Amélie Desjardins-Tessier

3.3 LES FAITS SAILLANTS

Comme chaque année, nos directions sont très actives et développent de nombreux projets visant à améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services offerts. Voici quelques-unes des réalisations de l'année.

3.3.1 NOUVELLES OFFRES DE SERVICES DÉVELOPPÉES

- Offre de services de sage-femme en partenariat avec PRAIDA (Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile), pour la 1^{re} évaluation de grossesse pour les demandeurs d'asile à leur arrivée.
 - Centres de prélèvements : Création d'un nouveau centre de prélèvements au CLSC Parc Extension, augmentation des heures d'ouverture à celui du CLSC René-Cassin et ouverture d'un nouveau centre de prélèvements au CLSC Côte-des-Neiges en 2020.
 - Mobilisation précoce (DIANA) : Activités de mobilisation progressive débutant immédiatement après la stabilisation hémodynamique et respiratoire. Il s'agit de la 1^{re} initiative de ce genre à s'adresser à cette population. Le programme a été entériné par le Conseil canadien des infirmières et infirmiers en cardiologie en avril 2019 en tant que programme de mobilité officiel à l'échelle nationale.
 - ESPOIR - Évaluation des Symptômes des Patients Oncologiques pour une Intervention Rapide : Ce projet vise à outiller les personnes vivant avec le cancer pour qu'elles puissent avoir le contrôle sur leurs symptômes, tout au long de leur trajectoire de soins. Plusieurs modalités ont été mises en place pour faciliter l'accès : création d'une clinique d'urgence, d'une ligne téléphonique dédiée et d'un programme d'enseignement précoce. Le projet ESPOIR fait partie des 4 finalistes de la catégorie Intégration des services pour les
- Prix d'excellence du Réseau de la Santé et des Services sociaux.
 - Implantation du Centre d'intervention précoce et de l'équipe " 1 Team, 1 Roof " dans le contexte du déploiement du programme Agir-Tôt en réadaptation. Le programme Agir-Tôt œuvre au développement global des tout-petits.
 - Mise en œuvre du programme TranX-ition en réadaptation, projet novateur soutenant les jeunes de 15 à 25 ans en situation de handicap et leur famille dans la transition à la vie adulte.
 - Ouverture de 4 lits additionnels au Complexe Guimont pour la clientèle avec une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme avec trouble grave de comportement.
 - Congé précoce assisté post-AVC : En collaboration avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, ce projet nous permet d'offrir des services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile pour la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC).
 - Travail de partenariat public-privé pour l'ouverture d'une nouvelle ressource intermédiaire de 96 lits pour la clientèle de personnes âgées en perte d'autonomie sur notre territoire, dont l'ouverture est prévue courant 2020.

3.3.2 AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES

- Le modèle de la campagne de vaccination 2018-2019 a été maintenu : augmentation de 33% des rendez-vous pris en ligne pour les cliniques sur rendez-vous en CLSC.
- Atteinte de notre cible d'accès aux services en santé mentale jeunesse dans les délais de prise en charge.
- Guichet itinérance et dépendance : Présence d'un médecin généraliste dans l'équipe itinérance qui améliore l'accès et l'expérience patient.
- Disponibilité de l'offre de services 14 ans et + dans tous les CLSC du territoire en dépendance.
- Santé mentale adulte et services spécifiques : Diminution des listes d'attente de 65% en 2019 en dépit de la hausse des nouvelles demandes.

3.3.3 AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

- Protocole ERAS (Enhanced Recovery After Surgery - Rétablissement accéléré après une intervention chirurgicale) : Ce type de prise en charge permet de diminuer les complications, de réduire la durée du séjour à l'hôpital, mais surtout d'améliorer le bien-être des usagers à la suite d'une intervention chirurgicale. Depuis fin 2015, le protocole ERAS a été implanté pour les spécialités suivantes : colorectale, hépatobiliaire, urologie et gynéco-oncologie. Les mesures identifiées pour ERAS englobent des mesures préopératoires, intra-opératoires, de l'enseignement aux patients/familles et aux professionnels de la santé, l'évaluation clinique ainsi que le suivi de la clientèle postopératoire. On constate une

réduction des complications graves et une diminution de la durée de séjour.

- Tournée intentionnelle : Cette tournée consiste à visiter la personne soignée chaque heure, pour lui poser 4 questions : si elle éprouve de la douleur, si elle est confortable dans sa position, si elle a besoin d'aller à la salle de bain, et si elle a tous ses objets personnels à portée de main afin de prévenir une chute éventuelle. On observe une diminution importante de l'utilisation des cloches d'appel après l'implantation du projet.
- L'équipe du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CER-DA) et le Centre de recherche SHERPA ont lancé leur « Trousse d'outils pour soutenir l'intervention auprès de demandeurs d'asile », afin de soutenir les intervenants qui œuvrent auprès des réfugiés et des demandeurs d'asile.
- Nos équipes d'experts ont été mandatées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour développer deux formations pour la plateforme d'environnement numérique d'apprentissage (ENA) provinciale, disponible depuis l'automne 2019 : Intervenir en contexte d'immigration et de diversité ethnoculturelle (Institut au regard des communautés ethnoculturelles - SHERPA) et Lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées (Centre affilié universitaire en gérontologie sociale - CREGÉS). Dans chacun des cas, des modules e-learning subséquents complémentaires seront développés en 2020.

3.3.4 AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ

- Ajout de gardiens de sécurité dans les endroits plus à risque et révision et mise à jour des équipements de sécurité, afin d'instaurer un sentiment de sécurité chez le personnel.
- Implantation du système Alertus dans l'ensemble des installations du CIUSSS. Alertus est un système de notification de masse qui envoie des messages d'alerte sur les écrans d'ordinateur, par courriel, par SMS et par appel téléphonique.
- Authentification multi-facteur (MFA) : Mise en place d'une solution d'authentification multi-facteur permettant d'accroître la sécurité des courriels. Le CIUSSS est le 1er établissement de santé à avoir intégré cette solution de cybersécurité.

3.3.5 DÉVELOPPEMENT DE PARTENARIATS

- Écoles : Notre CIUSSS collabore avec 100 % des écoles publiques sur son territoire, alors que la cible montréalaise est de 79 %.
- Santé mentale jeunesse et pédopsychiatrie : Soutien au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour le maintien des services de leur hôpital de jour en pédopsychiatrie;

3.3.6 PRIX ET DISTINCTIONS REÇUS

- Agrément Canada : Avec une note régionale de 98,6%, la première évaluation d'Agrément Canada en santé publique a été un grand succès.
- Santé mentale - Urgence et unités : Récipiendaire du prix AAPA (Approche adaptée à la personne âgée) pour la mobilisation des personnes âgées.
- Réussite pour la 3e fois du Programme Distinction - Services aux victimes d'AVC d'Agrément Canada à l'Hôpital Richardson

avec un taux de conformité aux normes de 98,0 %.

- Le Service des aides techniques (SAT) est récipiendaire d'un prix « Stars du réseau de la santé » de la Caisse Desjardins pour le projet «Processus de décontamination des équipements au service des aides techniques».
- Congé précoce assisté et projet ESPOIR : Ces 2 projets font partie des 4 finalistes de la catégorie Partenariat pour les Prix d'excellence du Réseau de la Santé et des Services sociaux.
- La présentation du poster sur notre planification de mise en œuvre a gagné le 4e prix à la conférence Planetree internationale à l'automne 2019.
- Le CIUSSS détient encore pour 2020 la mention d'un des Meilleurs employeurs de Montréal.

3.3.7 ACTIONS MISES EN PLACE POUR NOS EMPLOYÉS

- Tournée de la haute direction : 14 tournées ont eu lieu à travers tout le CIUSSS. La présidente-directrice générale adjointe, la directrice des soins infirmiers et la directrice des services professionnels participent systématiquement à celles-ci. Le but est de créer et maintenir une culture favorisant les échanges transparents et directs entre la haute direction, les personnes soignées et le personnel soignant. Un suivi des recommandations est assuré. De plus, le président-directeur général est allé rencontrer les équipes sur leurs sites de travail. Plus de 17 sites ont été visités.
- Mise en place de mesures novatrices de recrutement et développement du personnel infirmier Leap in : De nombreuses initiatives novatrices ont été lancées en col-

laboration avec la direction des ressources humaines, notamment la création d'un site Internet et d'une vidéo « Dessine ta carrière », ainsi que 2 événements de recrutement qui ont attiré plus de 300 postulants. Ces 2 événements nous ont permis d'engager un peu plus de 200 infirmières durant l'année. Cette vision novatrice de création de trajectoires de carrière en soins infirmiers vise à développer le plein potentiel des infirmières et leur évolution dans l'organisation. Ce programme permet également aux infirmières de développer leurs compétences de leadership et de gestionnaire de projet.

- L'image de marque « Dessine ta carrière » permet au CIUSSS de se démarquer lors des événements de recrutement, ce qui nous aura permis d'embaucher plus de 1 660 personnes cette année, tous titres d'emploi confondus.
- Déploiement de la politique de télé-travail dans la direction SAPA (Soutien à l'autonomie des personnes âgées) pour les professionnels (infirmiers, travailleurs sociaux) depuis janvier 2020 comme pratique innovante pour la rétention du personnel et afin de favoriser une meilleure conciliation travail famille.
- Plus de 70 personnes ont été inscrites à la 1^{re} cohorte des programmes de développement du leadership pour les cadres intermédiaires et les cadres supérieurs.
- Plusieurs programmes et projets ont été déployés afin de favoriser une culture de prévention dans l'organisation, dont notamment : Programme « En forme, En santé » visant à promouvoir les saines habitudes de vie; Programme « Stigma Zéro » visant à créer un milieu de travail sans stigmatisation entourant la santé mentale et menant à une certification organisationnelle; Projet de médiation pour la résolution de conflits entre employés.

3.3.8 IMPACTS DE LA COVID-19

- A partir du mois de février 2020, l'ensemble des énergies de toutes les directions ont été consacrées à la gestion de la pandémie.
- L'Hôpital général juif a été désigné l'un des 2 premiers hôpitaux adultes du Québec pour accueillir la clientèle contaminée à la COVID-19.
- Nous avons organisé des activités de dépistage à l'urgence, par la suite implanté une clinique de dépistage puis une clinique désignée d'évaluation.
- Nous avons mis en place les modalités nécessaires pour permettre à la ligne Info-Santé 811 de s'adapter à l'augmentation majeure du nombre d'appels reçus.
- Nous avons apporté un soutien majeur à tous les milieux de vie privés de notre territoire, par l'envoi de personnel et d'équipements de protection individuels (masques, blouses, gants). De très nombreux employés de toutes les directions cliniques ont ainsi été délestés vers ces milieux d'hébergement, et nos activités habituelles ont du être réduites.

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

4.1 CHAPITRE III : ATTENTES SPÉCIFIQUES

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

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
SANTÉ PUBLIQUE			
<p>Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec (1.1)</p>	<p>Tout d'abord, les CISSS et CIUSSS pourront, participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme.</p> <p>Les établissements devront, ensuite, faire parvenir un plan de déploiement au MSSS.</p> <p>Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne.</p> <p>Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure.</p> <p>Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.</p>	<p>Réalisée</p>	

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS			
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (2.2)	<p>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).</p> <p>Un état de situation, portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène ainsi que sur les résultats du 2e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.</p>	—	Cette attente a été retirée par le MSSS
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (2.3)	L'établissement doit compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.	—	Cette attente a été reportée au 1er septembre 2020 par le MSSS
Plan d'action TSA (2017-2022) (2.4)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	Réalisée	
Déploiement du programme Agir tôt (2.5)	Un rapport de mise en œuvre est demandé pour le 15 janvier 2020 aux établissements.	Réalisée	
Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA (2.6)	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	Réalisée	

<p>Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD (2.7)</p>	<p>Via un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.</p>	<p>Réalisée</p>	
<p>AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES</p>			
<p>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>	<p>Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS CIUSSS devra être produit au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de compte des années précédentes devra être utilisé à cette fin.</p>	<p>—</p>	<p>Cette attente a été reportée au 14 septembre 2020 par le MSSS</p>
<p>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 (4.2)</p>	<p>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>	<p>—</p>	<p>Cette attente a été retirée par le MSSS</p>
<p>Contribuer au déploiement provincial de la télésanté (4.3)</p>	<p>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 en périodes 6 et 13.</p>	<p>Réalisée</p>	

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
<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>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>Réalisée</p>	
INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT			
<p>Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (7.1)</p>	<p>Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour 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 est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminué de 2,4 % (80 % de 3 %) c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %.</p> <p>...</p>	<p>Réalisée</p>	

	<p>...</p> <p>Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.</p>		
--	--	--	--

COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ

Sécurité civile (8.1)	<p>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 PNCS. 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; • établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile. 	—	<p>Cette attente a été reportée au 14 septembre 2020 par le MSSS</p>
-----------------------	--	---	--

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (8.2)	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.	—	Cette attente a été reportée au 14 septembre 2020 par le MSSS
Plan de continuité des activités - Santé et Services sociaux (8.3)	<p>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; • la structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA. 	—	Cette attente a été reportée au 14 septembre 2020 par le MSSS
Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (8.4)	<p>Les établissements ont reçu au printemps 2018 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. 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.</p> <p>...</p>	—	Cette attente a été suspendue par le MSSS

	<p>...</p> <p>et 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>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 sainement la sauvegarde et la restauration des données. 	<p>Réalisée</p>	

4.2 CHAPITRE IV : ENGAGEMENTS ANNUELS

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

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

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGE- MENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020
SANTÉ PUBLIQUE — PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES			
<p>Plan stratégique 15-20 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)</p>	100	100	100
<p>Plan stratégique 15-20 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)</p>	100	100	100
<p>Plan stratégique 15-20 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)</p>	100	100	100

<p>Plan stratégique 15-20</p> <p>1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements</p>	77,8	80	78,5
<p>Commentaires</p> <p>1.01.26-PS : Dans certaines unités de soins, la charge de travail importante a probablement eu un impact sur les résultats. Dans les CHSLD, l'accès aux distributeurs de solutions hydro alcooliques est plus difficile, en raison des principes de milieu de vie. Cependant, le taux de conformité est en progression par rapport à l'année dernière, et nous poursuivons nos efforts pour nous rapprocher de la cible. Les mesures correctrices mises en place sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le nombre de distributeurs de lavage des mains à l'urgence et dans les CHSLD. • Renforcer l'importance du lavage des mains auprès des employés via des séances éducatives. • Responsabiliser de plus en plus les gestionnaires des unités concernées, en leur demandant de développer leur propre plan d'action avec des objectifs précis à atteindre, de mettre en place des comités d'hygiène des mains, d'explorer et de créer des outils (affiches, etc) pour améliorer leurs résultats. 			
<p>SERVICES GÉNÉRAUX — ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE</p>			
<p>1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins</p>	90,3	90	Engagement retiré par le MSSS
<p>1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours</p>	3,5	90	8,2
<p>Commentaires</p> <p>1.02.07-EG2 : Sur les 2 923 réfugiés réinstallés arrivés en 2019-2020, nous n'avons reçu des références que pour 35% d'entre eux. De ceux-ci, 54,7% ont refusé en partie ou en totalité le service. Afin de mieux rejoindre les réfugiés réinstallés, nous avons mis en place des mesures de reaching-out auprès des parrains. De plus, les ressources en place ne permettent pas de rejoindre dans les délais l'ensemble des réfugiés réinstallés. Une révision du processus sera donc faite en 2020-2021. Comparativement à l'année dernière, le résultat de l'indicateur a augmenté de 134%. Le dénominateur de cet indicateur est l'ensemble de la population des réfugiés réinstallés, plutôt que les références aux services. En 2020-2021, le MSSS a mandaté le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) afin de faire des recommandations d'amélioration de l'indicateur, travaux auxquels notre CIUSSS contribue via le Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA).</p>			

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGE- MENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020
SOUTIEN À DOMICILE			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	1 026 118	1 077 423	1 200 546
Plan stratégique 15-20 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	6 769	7 000	7 630
Plan stratégique 15-20 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, DP et DI-TSA)	90,3	90	75,8
<p>Commentaires</p> <p>1.03.12-PS : L'engagement n'a pas été respecté pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit de la première année complète pendant laquelle les intervenants doivent compléter un Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI), ce qui offre un défi particulier compte tenu que le temps de complétion est plus long pour les OCCI que le temps de complétion pour le formulaire utilisé précédemment (RSIPA-Réseau de services intégrés pour les personnes adultes). De plus, la totalité des informations a dû être réintégrée manuellement dans l'évaluation. Cependant, les réévaluations seront plus rapides. • L'extraction des données brutes avec un nouveau script développé par le MSSS a créé un écart important (baisse de complétion estimée à 10%). • Le roulement de personnel élevé et la pénurie de main-d'œuvre en travail social ont causé des délais quant à la planification et la complétion des OCCI. Nous avons éprouvé des difficultés à remplacer le personnel absent, donc la charge de cas par intervenant social étant plus lourde, nous avons dû retarder la complétion des OCCI. • En résumé, malgré le plan d'action détaillé et l'énergie déployée afin d'atteindre la cible, cette année charnière suite au déploiement des OCCI s'est complexifiée davantage par la pénurie de personnel et la nouvelle méthode d'extraction des données à partir du compteur RSIPA, qui a apporté une baisse au taux de complétion des OCCI. 			

Plan d'action :

- Planification annuelle des évaluations OCCL par chaque intervenant dès le début de l'année financière, et mise à jour mensuelle.
- Rencontre de soutien clinique individuelle hebdomadaire pour chaque intervenant par les Spécialistes en activités cliniques (SAC) avec consultation du comptoir RSIPA.
- Rencontre de suivi individuelle avec les chefs d'administration de programmes (CAP) lors d'un retard de 5 OCCL par rapport à la planification, afin d'établir un plan d'action et de soutien.
- Embauche en cours d'un agent de planification, programmation et recherche (APPR) pour les OCCL.

SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

<p>Plan stratégique 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée</p>	100	100	Engagement retiré par le MSSS
<p>Plan stratégique 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</p>	100	100	Engagement retiré par le MSSS
<p>Plan stratégique 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée</p>	100	100	Engagement retiré par le MSSS
<p>Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale</p>	100	100	Engagement retiré par le MSSS
<p>1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14</p>	70,4	80	73,1
<p>1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention</p>	98	91	91,6

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGE- MENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020
<p>Commentaires</p> <p>1.03.13-EG2 : La cible n'est pas atteinte car plusieurs clients de profil 9 et moins sont dirigés vers les CHSLD à défaut d'avoir suffisamment de lits en résidence intermédiaire (RI) sur notre territoire. En effet, aucune place de RI ne s'est développée sur notre territoire dans la dernière année. Si l'on retirait le CHSLD Henri-Bradet du pourcentage (CHSLD considéré comme modéré), les résultats se rapprocheraient davantage de la cible de 80%. Les résultats des 2 dernières années sont similaires. L'ouverture de la RI sur la rue Jean-Talon à l'automne 2020 (96 places) aidera à diriger les clients de profil 9 et moins vers les bonnes ressources, ce qui devrait nous permettre d'atteindre ou de nous rapprocher grandement de la cible l'année prochaine.</p>			
DÉFICIENCES			
<p>Plan stratégique 15-20</p> <p>1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA</p>	260,3	130	133,9
<p>1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS</p>	93,8	95	56,9
<p>1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS</p>	93,6	97	91,4
<p>1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS</p>	83,1	95	61

<p>1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS</p>	25,3	90	41
<p>Plan stratégique 19-23 1.45.45.05 - 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.</p>	N/A	90	60,9
<p>Plan stratégique 15-20 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail</p>	53,3	75	97,1
<p>Plan stratégique 19-23 1.47 - Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme</p>	N/A	292	296

Commentaires

1.05.15-PS : La cible a été en grande partie atteinte cette année suite à un nouveau programme de prise en charge plus rapide des usagers de moins de 5 ans sur la liste d'attente. Les services aux enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) débutent maintenant avec une première évaluation de l'enfant et ensuite un programme de formation à l'intention des parents et de la fratrie, sur les stratégies à utiliser en attendant l'intervention individuelle. À noter que le résultat de 133,9 jours cette année est une amélioration significative par rapport au résultat de l'année dernière (260,29 jours).

1.45.04.01-EG2 et 1.45.05.01-EG2 : La baisse de la performance cette année est liée à une importante pénurie de personnel tout au long de l'année. Les équipes du CLSC de la Montagne et du CLSC Cavendish fonctionnaient à 50% de leur capacité pendant la majeure partie de l'année. Les pénuries de personnel étaient dues à des congés de maladie, des congés de maternité, des départs à la retraite ou des changements de postes au sein de notre CIUSSS. Plusieurs postes ont été pourvus au cours des derniers mois, et un projet d'amélioration est en place pour permettre une meilleure distribution des dossiers, une prise en charge plus rapide des clients sur la liste d'attente et un nouveau système de triage.

1.45.04.05-EG2 : Le résultat est supérieur à la cible de 90% identifiée dans le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Cependant, il est inférieur à la cible de l'entente de gestion et au résultat de l'année antérieure. La diminution des activités en raison de la pandémie de COVID-19 a modifié notre capacité à maintenir un résultat autour de 93% - 94%.

1.45.05.05-EG2 : Bien que nous n'ayons pas atteint l'objectif, le résultat de 41 % est une amélioration significative par rapport au résultat de l'année dernière (25,3 %). La non-atteinte de la cible est le résultat d'une pénurie de personnel due à des congés de maladie, des congés de maternité ou des changements de postes au sein de notre CIUSSS. Une réorganisation du premier bloc de services est à l'étude pour les enfants d'âge scolaire et les jeunes adultes. La dotation des postes vacants est également une priorité pour la direction.

1.45.45.05 : Suite à un récent investissement ministériel en lien avec le déploiement du programme Agir tôt à l'échelle du Québec, des postes supplémentaires ont été créés et ensuite pourvus au mois de décembre 2019 afin de rehausser l'équipe d'intervention précoce auprès des jeunes enfants présentant un retard de développement, une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Nous prévoyons une amélioration du résultat pour cet indicateur pour l'année 2020-2021.

DÉPENDANCES

<p>Plan stratégique 15-20</p> <p>1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance</p>	66,7	90	76,2
<p>Plan stratégique 19-23</p> <p>1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance</p>	N/A	731	856

Commentaires

1.07.06-PS : En 2019-2020, une entente visant l'implantation du Centre de réadaptation de Montréal (CRDM) dans les installations de notre CIUSSS a été conclue. Toutefois, son actualisation a été retardée en raison du contexte pandémique. Une nouvelle structure de gouvernance a également été mise en place. La combinaison de ces deux ajouts fera en sorte de faciliter l'arrimage et le développement de corridors de services, nécessaires à l'atteinte de cette cible.

SANTÉ MENTALE

<p>Plan stratégique 15-20</p> <p>1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère</p>	360	399	378
---	-----	-----	------------

Plan stratégique 15-20 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	180	180	180
Plan stratégique 19-23 1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	N/A	N/A	97
Commentaires 1.08.13-PS : Il reste l'équivalent d'un poste à temps complet à déployer afin d'atteindre la cible. Le financement doit être regardé à même nos programmes.			
SANTÉ PHYSIQUE – URGENGE			
Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,11	10	14,09
Plan stratégique 19-23 1.09.16 - Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	123	145	133
Plan stratégique 15-20 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	65,3	90	60,4
Plan stratégique 15-20 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	62,5	90	58,6
Commentaires 1.09.01-PS, 1.09.43-PS et 1.08.44-PS : Les cibles n'ont pas été atteintes en raison des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • L'urgence de l'Hôpital général juif (HGJ) est la plus achalandée au Québec. La moitié de la clientèle provient de l'extérieur de notre bassin de desserte. • La clientèle présente des problématiques complexes. Nous recevons 1 087 patients de plus de 75 ans par période, alors que la moyenne des centres hospitaliers universitaires du Québec est de 551 patients de plus de 75 ans par période. 			

- Notre nombre d'hospitalisations est de 813 patients par période, comparativement à 649 patients pour les centres hospitaliers universitaires du Québec. Cependant, notre pourcentage d'hospitalisations des patients civières est de 18%, alors qu'il est de 33% dans les centres hospitaliers universitaires du Québec.
- Notre capacité de civières au permis est inchangée depuis 10 ans. Nous avons 53 civières au permis, alors que notre besoin selon les normes en vigueur serait de 92 civières.
- L'augmentation du délai de prise en charge médicale ainsi que l'augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) des patients ambulatoires sont dues à la non disponibilité de salles d'examen, étant donné l'augmentation du taux d'occupation de 156% à 174%.
- Notre capacité d'hospitalisation ne répond pas aux besoins de la clientèle de l'urgence. En effet, la durée moyenne de séjour (DMS) des patients hospitalisés est parfois longue.

Notons que malgré les points ci-dessus, notre performance globale est parmi les meilleures dans la province.

SANTÉ PHYSIQUE — SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

<p>Plan stratégique 15-20 1.09.05-PS Nombre d'utilisateurs en soins palliatifs et de fin de vie à domicile</p>	659	725	603
<p>Plan stratégique 15-20 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie</p>	49	44	49
<p>Plan stratégique 15-20 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les utilisateurs décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile</p>	35,1	34	42

Commentaires

1.09.05-PS :

L'engagement n'a pas été respecté, pour les raisons suivantes :

- L'équipe de soins palliatifs est une petite équipe dévouée à la réalisation de sa mission, mais à qui on assigne les cas les plus complexes, c'est-à-dire ceux des personnes en fin de vie nécessitant l'expertise d'une équipe spécialisée. Cette équipe est impliquée dans l'aide médicale à mourir, et plus récemment dans les constats de décès à distance. Les intervenants de l'équipe spécialisée pourraient rencontrer plus d'utilisateurs si les cas étaient moins complexes.
- Une autre raison expliquant l'écart à la baisse est la nomenclature utilisée pour identifier l'utilisateur en soins palliatifs, plus particulièrement les circonstances qui font qu'un utilisateur est codé "soins palliatifs". Il y a plusieurs cas qui nécessitent des soins palliatifs à domicile, par exemple les cas de maladie d'Alzheimer en phase terminale ou d'autres maladies chroniques en phase terminale, et ces cas sont vus par les équipes régulières (de secteur) du Soutien à domicile (SAD).

Les infirmières SAD qui suivent ces clients à domicile demandent souvent l'expertise de l'équipe spécialisée. Dans ce cas, on devrait en effet changer le profil d'utilisateur du client de 710 (perte d'autonomie) à 121 (soins palliatifs), même si l'infirmière de secteur continue avec la gestion de cas de ce dossier. Toutefois, il arrive souvent que les infirmières ne font pas le transfert de nomenclature du 710 au 121.

- Un autre défi est la réaction de l'utilisateur face à un diagnostic de "soins palliatifs". En effet, certains clients qui reçoivent un traitement actif ou expérimental refusent d'accepter un diagnostic de soins palliatifs, et par conséquent ne sont pas transférés à l'équipe spécialisée. Ces personnes vont alors souvent décéder des effets secondaires de leur maladie à l'hôpital, plutôt qu'à domicile avec des soins de confort. On observe la même tendance avec les usagers en oncologie qui ne sont pas référés à l'équipe spécialisée en soins palliatifs, ou y sont référés trop tard.
- En revanche, même si on remarque un écart à la baisse du nombre d'utilisateurs en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour l'année 2019-2020 (603), comparativement à l'année 2018-2019 (659), et que nous sommes en deçà de notre engagement (725), le pourcentage d'utilisateurs en soins palliatifs et de fin de vie décédés à domicile a augmenté (1.09.46-PS) en 2019-2020 à 42%, soit un gain de presque 7% depuis 2018-2019.

Plan d'action

Volet Éducation :

- Renforcer auprès des intervenants l'importance de transférer le profil de l'utilisateur 710 (perte d'autonomie) à 121 (soins palliatifs) lorsqu'il est évident que l'utilisateur est en fin de vie.
- Sensibiliser davantage les cliniciens à revoir d'un œil plus critique l'état de santé de leurs clients, à se questionner si l'utilisateur est en fin de vie et nécessite un transfert de profil et d'approche de traitement.
- Tenir des sessions d'information avec les équipes en psychosocial et réadaptation pour les informer et les sensibiliser à l'état de santé des usagers avec des troubles neurologiques potentiellement ravageurs, et comment ces clients peuvent bénéficier de l'équipe spécialisée en soins palliatifs.
- Offrir du soutien et de la formation équipes pour les aider à identifier les cas palliatifs avec l'aide d'outils de travail développés par l'Institut canadien d'information sur la santé.
- Toutes les infirmières recevront la formation sur l'approche palliative donnée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Volet Ressources humaines :

- Nous avons consolidé le bon fonctionnement de l'équipe palliative dans les derniers mois en transformant des postes de temps partiel à des postes à temps plein, afin d'assurer une continuité des interventions offertes par cette équipe.
- Dans le cadre du budget de développement 2019-2020, nous avons ajouté un poste d'infirmière (1 ETC) au sein de l'équipe spécialisée.

Volet Médical :

- Nous avons tenu des discussions avec nos partenaires et les départements d'oncologie, pour les encourager à nous référer des cas en soins palliatifs qui pourraient bénéficier de cette équipe spécialisée.

SANTÉ PHYSIQUE — CHIRURGIE

<p>Plan stratégique 15-20 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies</p>	<p>24 Shriners = 24 HGJ = 0</p>	<p>0</p>	<p>13 Shriners = 13 HGJ = 0</p>
---	--	----------	--

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGE- MENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS - Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois	102	0	85
<p>Commentaires</p> <p>1.09.32.00-PS : L'Hôpital Shriners pour enfants ne fait pas partie de notre CIUSSS. Les données de cet établissement ne devraient pas être comptabilisées avec celles de notre CIUSSS. Pour l'Hôpital général juif (HGJ), il n'y a aucune chirurgie en attente depuis plus de 1 an. La cible est atteinte.</p> <p>1.09.32.10-PS : La cible n'a pas été atteinte pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En raison de la pandémie de COVID-19, la salle d'opération a réduit ses activités de 80% à la période 13. Il y a donc eu une réduction majeure du nombre de cas de chirurgie réalisés. • Un comité de priorisation a été mis en place afin de prioriser les chirurgies urgentes pendant cette période. <p>Plan d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À la période 3 de l'année 2020-2021, nous maintenons un volume d'environ 70% de chirurgies réalisées, et planifions de garder ce volume pendant l'été. • Nous planifions la reprise totale de nos activités à l'automne. Nous préparons également une entente avec un centre médical spécialisé pour aider au rattrapage des chirurgies de notre liste d'attente. <p>A noter : Avant la pandémie de COVID-19, nous n'avions aucun patient en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie.</p>			
SANTÉ PHYSIQUE — SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE			
Plan stratégique 15-20 1.09.25-PS Nombre total de GMF	16	16	15
Plan stratégique 19-23 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	65,6	85	65,9
Plan stratégique 19-23 1.09.27.01-PS - Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	148 844	157 318	153 941

<p>Plan stratégique 15-20 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)</p>	6	6	6
--	---	---	---

Commentaires

1.09.25-PS : Nous avions auparavant 16 GMF, mais l'un d'eux n'est plus reconnu en tant que GMF par le MSSS. Donc, nous avons présentement 15 GMF sur notre territoire. Afin d'augmenter ce nombre, une clinique privée doit identifier son intérêt à devenir GMF et s'assurer de pouvoir respecter les engagements qui viennent avec cette désignation. Bien que nous n'atteignons pas la cible fixée, notre territoire reste bien couvert en termes de nombre de GMF.

1.09.27-PS : De par sa situation géographique et son offre de services médicaux, notre CIUSSS attire une population extra territoriale. Ainsi, le taux d'inscription global auprès des médecins de famille de notre territoire dépasse les 130%, dont 66% d'inscription de la population du territoire.

1.09.27.01-PS : L'année 2019-2020 a été marquée par des actions de renforcement de la prise en charge médicale des personnes en attente au Guichet d'accès pour un médecin de famille (GAMF), afin d'augmenter le taux d'inscription de notre population auprès de nos GMF. L'équipe du GAMF est ainsi en consolidation, avec l'ajout de ressources infirmières et administratives. Des partenariats sont également tissés avec la communauté médicale de 1re ligne (particulièrement les GMF) avec des mesures de soutien pour faciliter les inscriptions auprès d'un médecin de famille via le GAMF, et donc de notre population.

A noter :

- La pandémie de COVID-19 a modifié significativement les pratiques de soins et d'accès aux services médicaux. Ainsi, l'accès populationnel a été privilégié afin de faciliter la réponse aux besoins par les services médicaux, et le déploiement de Rendez-vous Santé Québec (RVSQ) a été accéléré comme outil de prise de rendez-vous en ligne auprès des cliniques médicales.
- De plus, la téléconsultation a été introduite comme modalité d'accès aux services médicaux et pourrait éventuellement modifier favorablement la capacité de prise en charge par les médecins de famille et ainsi améliorer les taux d'inscription.

SANTÉ PHYSIQUE — IMAGERIE MÉDICALE

<p>Plan stratégique 15-20 1.09.34.02-PS Pourcentage d'examen électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les scopies</p>	100	100	84,8
---	-----	-----	------

<p>Plan stratégique 15-20 1.09.34.04-PS Pourcentage d'examen électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les échographies obstétricales</p>	100	100	100
--	-----	-----	-----

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGE- MENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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	90,5	100	67,6
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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	97,2	95	97,1
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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	96,9	98	99,2
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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	99	97,1
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.34.10-PS Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	100	95	98,8

Commentaires

1.09.34.02-PS : Toutes les activités de scopies étaient planifiées, mais à l'arrivée de la COVID-19 ces rendez-vous ont dû être annulés. Nous prévoyons de reprendre un niveau d'activités de 100% à l'automne. La pénurie actuelle de technologues ne nous permet pas d'ouvrir les fins de semaines, mais nous y travaillons.

1.09.34.05-PS : Les listes d'attente ont augmenté suite à l'interruption des services à cause de la COVID-19. Nous travaillons à la signature d'une entente avec un laboratoire d'imagerie médicale ainsi qu'à l'embauche d'employés, ce qui aiderait à la résorption de nos listes d'attente. Nous regardons toutes les options possibles afin de reprendre rapidement un niveau d'activités maximal.

1.09.34.05-PS : À la fin de la période 12, l'objectif annuel était sur le point d'être rempli. Sur les 1 337 examens de la liste d'attente pour l'imagerie par résonance magnétique, 17 dépassent les délais, soit une performance de 98,7% (il fallait réduire de 4 examens pour atteindre 99%). Suite à la baisse de 50% des activités due à la COVID-19, le report de certains examens qui étaient proches de la limite des 90 jours d'attente a rajouté 21 examens en plus dans la catégorie hors-délais, nous faisant passer alors à 97,1%.

SANTÉ PHYSIQUE — CANCÉROLOGIE

Plan stratégique 19-23

1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)

49,2

90

49,5

1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)

84,7

100

84,1

Commentaires

1.09.33.01-PS et 1.09.33.02-EG2 : Les cibles n'ont pas été atteintes pour les raisons suivantes :

- En raison de la pandémie de COVID-19, la salle d'opération a réduit ses activités de 80% à la période 13. Il y a donc eu une réduction majeure du nombre de cas de chirurgies oncologiques réalisés.
- Un comité de priorisation a été mis en place afin de prioriser les chirurgies urgentes pendant cette période, notamment les chirurgies oncologiques.
- À la période 3 de l'année 2020-2021, nous maintenons un volume d'environ 70% de chirurgies réalisées, et planifions de garder ce volume pendant l'été.
- Nous planifions la reprise totale de nos activités à l'automne. Nous préparons également une entente avec un centre médical spécialisé pour aider au rattrapage des chirurgies de notre liste d'attente.
- Les données probantes démontrent que les chirurgies pour le cancer de la thyroïde et de la prostate ne requièrent pas des délais d'opération aussi courts. En excluant ces 2 types de chirurgie, nos résultats au 31 mars 2020 indiquent un taux 98,9% pour les chirurgies de plus de 56 jours, et un taux de 64% pour les chirurgies de plus de 28 jours.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGE- MENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020
RESSOURCES MATÉRIELLES			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100
Commentaires N/A			
RESSOURCES HUMAINES			
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	5,62	5,59	5,90
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,36	3,29	3,72
Plan stratégique 19-23 3.05.03 - Ratio de présence au travail	N/A	93,04	92,60
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	6,51	6	6,04
Commentaires 3.01-PS : La cible n'a pas été atteinte. Nous constatons une légère augmentation du ratio d'heures en assurance-salaire par rapport aux résultats de l'année financière 2018-2019 se terminant le 31 mars 2019. Cependant, l'engagement est atteint à environ 95%, et notre ratio d'heures en assurance-salaire est parmi les plus bas de la province. En effet, la moyenne pour les établissements du Québec est de 7,6 à la période financière 8 de l'année 2019-2020. Plan d'action : <ul style="list-style-type: none"> L'actualisation du plan d'action prévention santé sécurité et mieux-être au travail (SS-MET) suit son cours. L'équipe de soutien à l'amélioration continue de la prévention, créée dans le cadre du virage prévention, a rencontré plusieurs équipes de travail au cours de l'année pour faire une analyse globale de leur situation de travail et élaborer des plans d'action avec les gestionnaires et équipes concernés, en lien avec les risques physiques et psychosociaux identifiés. 			

- Dans le cadre du programme “Mesures proposées visant à prendre soin de notre personnel, consolider nos équipes et retrouver la voie de l’équilibre”, un programme de retour au travail, piloté par un ergothérapeute, a été mis sur pied afin de favoriser le retour au travail durable des employés suite à une absence prolongée. Une ressource de l’équipe Santé et sécurité au travail a été assignée en novembre 2019 à l’étude et au suivi des dossiers d’absentéisme chronique. Plus de 270 dossiers dont le taux d’absentéisme se situe entre 25% et 35% ont été étudiés et un suivi est en cours auprès des employés concernés.
- Nous accordons également une attention particulière et un suivi des causes de l’absentéisme court terme. Toujours dans l’optique de favoriser un environnement de travail sain et sécuritaire, plusieurs formations visant à sensibiliser le personnel à l’importance de la civilité au travail ont été données et des enquêtes de climat organisationnel ont été réalisées pour plusieurs équipes où des difficultés étaient observées.
- Le projet-pilote sur l’assignation temporaire qui avait été débuté avec la direction des soins infirmiers a été étendu à la direction Soutien à l’autonomie des personnes âgées (SAPA). La très grande majorité des personnes en invalidité, pour qui une assignation temporaire est envisageable, sont maintenant réassignées à des tâches compatibles à leurs limitations fonctionnelles. L’accent est également mis sur la réaffectation des travailleuses enceintes à des fonctions respectant leur condition, au lieu du retrait préventif.
- Nous ne savons pas à cette étape-ci si la pandémie a eu un impact significatif sur la période 13 de l’année financière 2019-2020, considérant que notre CIUSSS a reçu ses premiers patients atteints de la COVID-19 dès le début du mois de mars.

3.05.02-PS : La cible n’a pas été atteinte. Nous notons une légère augmentation du taux d’heures supplémentaires par rapport aux résultats de l’année financière 2018-2019 se terminant le 31 mars 2019. Notre taux d’heures supplémentaires demeure parmi les plus bas de la province et nettement sous la moyenne de l’ensemble du Québec, qui est de 5,1 à la Période financière 8 de l’année 2019-2020. Le recours au temps supplémentaire obligatoire est marginal et exceptionnel.

Plan d’action :

- Plusieurs postes de surstructure ont été créés dans les secteurs d’activités particulièrement touchés par la pénurie de main-d’œuvre, notamment pour les préposés aux bénéficiaires (PAB) en soins de longue durée.
- Le potentiel de création de postes de surstructure sera étendu à plusieurs programmes/services et autres titres d’emploi.

3.05.03 : La cible n’a pas été atteinte. Plusieurs éléments ont eu une incidence sur la présence au travail au cours des dernières années. Nous travaillons toujours notamment à stabiliser les absences en assurance-salaire, qui représentent un élément important du ratio de présence au travail.

3.06.00-PS : La cible n’a pas été atteinte. Nous notons une amélioration du taux de recours à la main-d’œuvre indépendante par rapport de l’année financière 2018-2019 se terminant le 31 mars 2019. De plus, l’atteinte de l’engagement se situe à environ 99%. Considérant que notre taux d’heures supplémentaires est très bas, ceci explique en partie, selon nous, un taux de recours à la main-d’œuvre indépendante (MOI) plus élevé. De plus, le Programme régional d’accueil et d’intégration des demandeurs d’asile (PRAIDA) génère une utilisation importante

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGE- MENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020
MULTIPROGRAMMES			
<u>Plan stratégique 15-20</u> 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	70,3	80	58,7
<u>Plan stratégique 15-20</u> 7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	45	100	45 (Résultat à la P6)
<p>Commentaires</p> <p>7.01.00-PS : Les premiers services de nature psychosociale sont offerts à partir de différents programmes. Pour les services jeunesse, nous rencontrons les cibles fixées. Par contre, pour le Guichet d'accès en santé mentale adulte, 50% des demandes sont traitées dans les délais. Pour ce qui est du 50% hors-délai, les enjeux sont majoritairement liés au volume des demandes et aux difficultés à joindre les usagers, ce qui prend en moyenne 20 jours ouvrables.</p> <p>Pour la santé mentale adulte, nous ne pouvons apprécier le pourcentage d'atteinte de la cible de façon précise. Nous estimons la durée moyenne d'attente à 66 jours. Toutefois, cette estimation est biaisée en raison d'erreurs de fermeture et ouverture de dossiers. Nous sommes cependant en mesure d'affirmer que la majorité des demandes sont traitées en moins de 30 jours.</p> <p>7.02.00-PS : L'atteinte de l'engagement a été reportée au 1er décembre 2020 par le MSSS. Tous les travaux attendus à la période 6 ont été réalisés. Pour atteindre la cible de 100%, reportée au 1er décembre 2020, nous sommes en attente du lancement d'un outil provincial qui permettra le repérage systématique de l'itinérance et sera déployé dans les services identifiés. Appréciation de la performance en fonction des résultats de la période 6 à venir</p>			

4.3 AUTRES RÉSULTATS

Tableau : Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS

INDICATEURS	RÉSULTATS AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	97	—
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	15 077	—
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 251 056	—
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	70,6	—

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

5.1 LA CERTIFICATION

5.1.1 L'AGRÉMENT

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a un statut d'établissement agréé, suite à la brillante réussite des différentes démarches d'agrément qui se sont échelonnées dans les dernières années.

Agrément Leadership, gouvernance, gestion des médicaments, prévention et contrôle des infections, stérilisation.

Lors de la visite d'Agrément Canada en novembre 2018, portant sur les normes du leadership, de la gouvernance, de la gestion des médicaments, de la prévention et contrôle des infections et de la stérilisation, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu une note pratiquement parfaite de 99,6% (dont une note de 100% pour les Pratiques organisationnelles requises). Les évaluateurs d'Agrément Canada ont souligné notre travail d'équipe, notre partenariat avec les usagers, la gestion intégrée de la qualité, la gestion des risques, le plan de la sécurité et l'engagement de tous pour la sécurité et les services centrés sur la personne, dont notamment notre engagement Planetree.

Le travail se poursuit envers le maintien de nos pratiques d'excellence. Pour les deux seules normes non rencontrées, nous complétons les travaux qui étaient déjà en cours :

- Affichage des pratiques d'hygiène des mains pour les secteurs de la Déficience intellectuelle et du Trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) et de la Déficience physique, avec innovations pour rencontrer nos initiatives sur l'accessibilité :
 - o Pour les étudiants présentant un déficit de langage : Une affiche a été créée illustrant chacune des étapes du processus d'hygiène des mains. Cette affiche a été installée à chaque station de lavage des mains.
 - o Pour les étudiants avec déficit visuel : Un projet pilote a été effectué avec 2 groupes distincts un utilisant un script et l'autre non. Les 2 groupes ont utilisé un produit luminescent. Le groupe qui avait reçu les directives vocales avait les mains plus propres que le groupe témoin.
- La description de tous les postes pour tous les titres d'emploi a été complétée.

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

Ce tableau est produit par Agrément Canada.

Tableau des résultats de la visite d'agrément de novembre 2018 (rapport avril 2019)

Tableau des résultats de la visite d'agrément de novembre 2018 (rapport avril 2019)

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

*N'inclut par les Pratiques organisationnelles requises

Agrément AVC en réadaptation

En juin 2019, nous avons reçu la visite de distinction AVC en réadaptation pour l'Hôpital Richardson, et nous célébrons un excellent rapport avec 97,6% de rencontre des critères avec seulement deux non-conformités. Il est à noter que la note de 100% a été octroyée pour la rencontre des critères en lien avec les protocoles, l'enseignement et l'excellence et l'innovation avec le projet de congé précoce assisté. Les évaluateurs ont souligné le travail de l'équipe et l'expertise du personnel, les améliorations remarquables des temps d'attente, de l'intensité des services, l'implication des patients partenaires, la culture de la mesure, la formation, la sécurité et l'unité de pratique intégrée en trajectoire.

Tableau des résultats de la visite d'agrément Distinction AVC de Juin 2019 (rapport novembre 2019)

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + Autres)		
	Conforme	Non conforme	S.O.	Conforme	Non conforme	S.O.	Conforme	Non conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre (%)
Services de réadaptation des victimes d'AVC en milieu hospitalier	18 (94,7%)	1 (5,3%)	1	64 (98,5%)	1 (1,5%)	2	82 (97,6%)	2 (2,4%)	3
Total	18 (94,7%)	1 (5,3%)	1	64 (98,5%)	1 (1,5%)	2	82 (97,6%)	2 (2,4%)	3

Tableau présentant le détail des résultats de la visite d'agrément Distinction AVC de Juin 2019

Normes	Accomplissement	Conformité	Non-conformité	Total Nbre (%)
Services de réadaptation des victimes d'AVC en milieu hospitalier		82	2	84 (97,6%)
Distinction Protocole		6	0	6 (100%)
Distinction Enseignement		8	0	8 (100%)
Excellence et Innovation : Congé précoce assisté		5	0	5 (100%)

Le travail se poursuit envers le maintien des pratiques d'excellence et pour la rencontre des deux non-conformités :

- Aménagement de l'environnement physique de l'Hôpital Richardson : Elaboration d'un dossier visant la modernisation, la mise aux normes et l'agrandissement du site, pour présentation au MSSS pour autorisation et financement ;
- Poursuite de nos efforts d'amélioration du temps d'attente entre le moment où le patient est prêt à recevoir de la réadaptation en milieu hospitalier et son admission en réadaptation, grâce à la révision de nos processus.

Prochaines étapes pour l'agrément

Les travaux se poursuivent pour maintenir les bonnes pratiques et continuer nos plans d'amélioration pour toutes les équipes et secteurs de l'organisation, tout en se concentrant sur notre préparation à la visite d'agrément qui était prévue pour juin 2020, visant les services de santé physique, les services de proximité et services généraux, les services jeunesse et les services de santé mentale et dépendance. En raison de la pandémie de COVID-19, cette visite a été reportée en juin 2021.

5.1.2 LES VISITES MINISTÉRIELLES DANS LES CHSLD

Cette année, 6 de nos CHSLD ont reçu des visites d'évaluation réalisées par le MSSS quant à la qualité du milieu de vie. Il s'agissait des centres d'Hébergement Father-Dowd, Henri-Bradet, St.Andrews, St.Margaret, le CHSLD Juif Donald Berman et l'Hôpital Mont-Sinai. On note aussi une visite de vérification ministérielle au Centre gériatrique Donald Berman Maimonides.

Site	Date de la dernière visite d'évaluation	Nombre de recommandations	Nombre d'actions pour atteindre la recommandation	Nombre d'actions complétées (%)
Hôpital Mont-Sinai	2019-05-01	6	11	2 (19%)
St.Margaret	2019-05-30	6	15	4 (27%)
St.Andrews	2019-05-29	8	17	2 (12%)
Father-Dowd	2019-07-15	9	26	8 (31%)
CHSLD Juif Donald Berman - Pavillon Kastner	2019-10-24	9	23	5 (22%)
Henri-Bradet	2019-04-30	5	16	6 (38%)
CHSLD Juif Donald Berman - Pavillon Hope	2019-10-23	8	19	4 (21%)
Centre gériatrique Donald Berman Maimonides	2018-01-17	11	81	69 (85%)

Le délai pour compléter l'implantation des recommandations est de 2 ans.

5.1.3 LA CERTIFICATION DES RPA

Depuis le 1er avril 2019, chaque CISSS ou CIUSSS est responsable de la certification des résidences privées pour aînés (RPA) qui se trouvent sur son territoire. Notre CIUSSS compte présentement 29 RPA sur son territoire. Nous avons procédé au renouvellement de la certification pour 6 de ces RPA cette année, tandis que 7 RPA accusaient un retard dans leur certification en date du 30 mars 2020. Les raisons de ces retards étaient attribuables soit à l'approbation du Service Incendie de Montréal pour 4 d'entre elles, en attente d'une date de visite par Agrément Canada pour 1 RPA et, pour les 2 dernières RPA, elles travaillent à se conformer au plan d'action suite à la visite d'Agrément Canada. Il est à noter que toutes les procédures en lien avec la certification ont été suspendues en date du 12 mars 2020 en raison de la pandémie de COVID-19.

5.1.4 AGRÉMENT DE LA MAISON DE SOINS PALLIATIFS

Conformément au Cadre de référence sur les mécanismes de surveillance de la qualité des soins dans les maisons de soins palliatifs de notre territoire, nous avons effectué une première visite à la Maison de soins palliatifs et centre de jour St-Raphaël le 16 janvier dernier, suite à sa récente ouverture. Nous avons recommandé à la ministre de la santé et services sociaux Madame Danielle McCann que l'agrément lui soit délivré.

5.2 LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Les objectifs du CIUSSS Centre-Ouest en matière de gestion des risques et d'amélioration continue sont :

- Maintenir et améliorer le taux de déclarations et l'amélioration de la qualité des données ainsi que la rapidité de réception et complétion des rapports AH-223 autant dans les secteurs avec saisies centralisées comme décentralisées (papier et électronique);
- Promouvoir la culture de sécurité et l'amélioration continue;
- Continuer nos formations sur la divulgation des accidents et sa documentation;
- Améliorer la rapidité avec laquelle les recommandations d'analyse des événements sentinelles sont produites, diffusées et mises en œuvre;
- Améliorer le suivi des recommandations découlant de l'analyse des événements sentinelles, rapports coroner et ceux du protecteur du citoyen;
- Poursuivre le programme des patients partenaires et leur intégration dans les comités clés et les équipes Planetree à travers le CIUSSS;
- Maintenir le leadership en matière de qualité, de sécurité et de réels partenariats et services centrés sur la personne pour

favoriser l'atteinte des meilleurs indicateurs de résultats d'excellence de l'expérience usager et la rencontre de l'ensemble des cadres de normes d'Agrément, Planetree, de visites ministérielles et de certification de façon intégrée et cohérente.

Afin de promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents et accidents ainsi que les améliorations en matière de prévention et d'amélioration continue, les actions suivantes sont réalisées :

- Participation aux semaines de la sécurité (octobre-novembre 2019) afin de sensibiliser les équipes de soins et de services ainsi que les usagers, sur l'ensemble des sites;
- Nomination des co-chefs et des membres des équipes CQI-Planetree interdisciplinaires et participation aux rencontres planifiées et aux comités clés afin d'assurer les auto-évaluations, une reddition de comptes et une participation active à l'amélioration et à la culture de sécurité;
- Participation aux unités de pratiques intégrées (UPI) et amélioration des trajectoires outillées de la méthodologie LEAN;
- Participation aux activités de formation continue et d'orientation des intervenants, partenaires, nouveaux employés, stagiaires et bénévoles;

- Reddition de comptes en suivant les résultats des rapports trimestriels et les tableaux de bord;
- Suivis personnalisés des conseillères qualité attirées aux directions;
- Mise en œuvre des plans d'action des directions en matière de culture de sécurité, gestion des risques, amélioration de l'expérience usager et des services centrés sur la personne;
- Révisions des plans de sécurité, suivis et présentations aux comités de la qualité et la gestion des risques et au comité Vigilance du conseil d'administration;
- Visites d'évaluation et de simulation de visite sur la rencontre des normes et les tableaux de la qualité ou stations visuelles;
- Partage de publications dans le journal de l'établissement (3600) et sur l'intranet comme le site web.

Définitions

Les incidents sont des événements qui ne touchent pas un usager et qui peuvent être de gravité A et B. Les accidents sont des événements pour lesquels l'utilisateur est touché et qui peuvent être de gravité C à I. La catégorisation des principaux types d'incidents et accidents en fonction de la gravité est la suivante :

- Niveau de gravité A, B, C et D : Sans conséquence pour l'utilisateur;
- Niveau de gravité E1, E2 et F : Entraîne des conséquences temporaires pour l'utilisateur;
- Niveau de gravité G et H : Entraîne des conséquences graves et permanentes pour l'utilisateur;
- Gravité I : A contribué au décès;
- Indéterminé : La gravité des conséquences est indéterminée.

Les 3 principaux types d'incidents et accidents

Tableau des 3 principaux types d'incidents - Gravité A et B

3 principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements*
Test diagnostique Laboratoire	918	6,84%
Médication	425	3,17%
Évènement lié à l'équipement	155	1,16%
TOTAL	1 498	11,17%

* 13 412 événements indésirables au total

Tableau des 3 principaux types d'accidents - Gravité C à I

3 principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements*
Chute	4 438	33,09%
Médication	1 497	11,16%
Test diagnostique Laboratoire	1 165	8,69%
TOTAL	7 100	52,94%

* 13 412 événements indésirables au total

L'analyse des taux de déclaration révèle la répartition suivante :

- 17 % sont des incidents (usager non touché, gravité A et B);
- 83 % sont des accidents (usager touché, gravité C à I).

Durant l'exercice financier 2019-2020, ce sont 13 412 événements indésirables qui ont été déclarés par les intervenants et partenaires de l'établissement du CIUSSS par rapport à 16 388 en 2018-2019, soit une diminution de 18%, surtout dans les soins aigus.

Cette diminution reflète les nombreuses améliorations mises en œuvre, notamment grâce à l'implication de plusieurs comités envers la prestation sécuritaire des soins et des services, tels que le comité de prévention des chutes, de la sécurité du circuit du médicament, des contentions, des plaies de pression, etc. Ces comités sont très actifs pour analyser les rapports d'incidents et d'accidents et trouver des solutions permettant des améliorations. Ces comités sont en lien avec le comité de la qualité et de la gestion des risques.

Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et mesures mises en place en lien avec les principaux risques d'incidents et d'accidents identifiés

En fonction des principaux risques identifiés, les mesures suivantes ont été mises en place :

- Tests diagnostique Laboratoire :
 - o Nous procédons maintenant avec l'impression sécurisée et automatisée des étiquettes dans tous les secteurs d'activités.
 - o Une nouvelle procédure d'identification des spécimens a aussi été mise en place.
- Médication : 4 chantiers ont été priorisés par le comité de gestion du circuit du médicament de notre CIUSSS cette année :
 - o Timbres transdermiques : Le travail entamé l'an dernier pour les timbres transdermiques s'est poursuivi cette année avec succès pour les deux premiers trimestres. Des améliorations à l'entrée informatique des timbres, notamment des rappels de leur retrait, ont été introduites dans les systèmes informatiques. Toutefois, les mesures des derniers trimestres nous incitent à reporter cet objectif à notre agenda pour l'année 2020-2021.

- o Narcotiques : La problématique des opiacés s'est améliorée, mais du travail reste à faire. Nous avons redirigé les efforts vers le Dilaudid, qui est la substance la plus impliquée dans les événements déclarés (108 rapports sur 2 953). Des améliorations ont été apportées aux activités de contrôle des stocks, ainsi qu'à la double vérification des doses administrées et à la réduction du nombre de concentrations disponibles.

- o Mise en œuvre du système de gestion GespharLite : Déployé à l'HGJ à l'exception de l'urgence (sera complété dans la prochaine année). Démarrage du projet de déploiement dans les CHSLD et les centres de réadaptation.

- o Contrôle de la température des frigidaires à médicaments : Uniformisation de notre parc de frigidaires à l'intérieur du CIUSSS. À l'HGJ les frigidaires sont liés à un système d'alerte automatisé. Le processus a été révisé et les rôles et responsabilités bien définis. La situation est également adressée pour les différents sites du CIUSSS – partout où des médicaments réfrigérés doivent être conservés.

- Événements liés à l'équipement : Nous notons une réduction cette année du nombre d'événements liés à l'équipement (155 versus 180 l'an dernier). De ce nombre, 52 événements (34%) ont été rapportés par SAPA – Hébergement, et 57 (37%) par les soins aigus. La majorité (41%) de ces incidents sont classés comme Bris/Défectuosité et 17% comme utilisation non-conforme.

- o Parmi les incidents, notons des incidents liés au système de tube pneumatique (communication, capsules brisées). La politique et procédure a été révisée de même que la communication entre les divers départements.

- o Panne avec le serveur Accudose affectant la mise à jour du système et l'administration des médicaments dans tout l'hôpital. Le plan de contingence a été révisé afin d'inclure la nécessité d'envoyer un message Alertus sur tous les ordinateurs avisant ainsi le personnel de toutes les unités de soins.

- o Problématique avec le système GespharLite et l'émission de code d'accès : Une procédure a été créée pour la création de codes d'accès et un employé des ressources informationnelles a été désigné à cette tâche afin de réduire le risque d'erreur.
- Chutes : Harmonisation de la politique et procédure pour le CIUSSS :
 - o Évaluation du risque harmonisé à l'aide du « Scotts Fall Risk Tool ».
 - o Stratégie universelle de prévention des chutes.
 - o Mises en place des tournées intentionnelles sur les unités de soins, associées avec le projet des tableaux blancs (dans les chambres) et la campagne AAPA (Approche adaptée à la personne âgée).
 - o Gestion post-chute : analyse, évaluation et surveillance, caucus multidisciplinaire, interventions selon la mission ou le milieu.
 - o Sélection d'indicateurs de résultats et d'indicateurs de processus.
 - o Nous pourrions mesurer en 2020-2021 l'efficacité des mesures mises en place au cours de l'année.

De plus, il est à souligner qu'en 2019-2020, 113 revues d'événements sentinelles ont été réalisées comparativement à 94 l'année précédente : 31 événements de gravité G-H-I et 82 événements hors G-H-I à risque élevé et qui méritaient une étude approfondie et un plan d'action pour éviter leur récurrence. Les améliorations du suivi de mise en œuvre des recommandations et des plans d'amélioration découlant des revues d'événements se poursuivent et sont suivies dans un registre.

Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et mesures mises en place en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

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

- La surveillance soutenue des infections nosocomiales a permis d'identifier des tendances et de mettre en œuvre des plans d'action, notamment pour :
 - o Gérer des éclosions ponctuelles telles que la gale, l'influenza ou la gastro-entérite;

- o Renforcer les mesures de préventions des infections des cathéters centraux;
- o Identifier et éliminer une transmission de *Stenotrophomonas maltophilia* aux soins intensifs;
- o Diminuer la colonisation par les entérobactéries productrices de cabapénémases (EPC) qui était en progression au cours du premier trimestre. Les actions prises ont permis de diminuer significativement la colonisation des EPC et de passer d'un taux annuel de 3,33 /10000 pd à un taux de 1,97 en 2019-2020.
- La poursuite du plan d'action pour améliorer les pratiques sur l'hygiène des mains incluant un nouveau volet visant une promotion de l'hygiène des mains chez les usagers, ce qui est une innovation au Québec.
- Le développement d'un plan d'action pour la prévention des infections dans les cliniques externes.
- La préparation à l'arrivée de la COVID-19, notamment par la création de documents de référence et la mise en place d'un soutien continu en présentiel dans les milieux cliniques affectés, tant les soins aigus que les soins de longue durée et les milieux de vie privés.

²Les événements sentinelle sont des événements qui peuvent avoir l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes :

- Ils ont eu ou ont le potentiel d'avoir des conséquences graves sur l'usager soit les niveaux G, H et I dans l'échelle de gravité;
- Ils se produisent selon une fréquence importante et significative indépendamment des conséquences sur les usagers.

Principaux constats de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

Le Comité de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle du CIUSSS a développé des nouveaux outils cliniques découlant de la politique CIUSSS, encadrant les processus de décision, de suivi et d'audit, et balisant non seulement les mesures physiques mais également les mesures chimiques et d'isolement.

Ce travail multidisciplinaire est basé sur les données probantes, les lignes directrices du MSSS, ainsi que des consultations auprès de la communauté de pratiques sur les mesures de contrôle au niveau provincial, permettant d'identifier les meilleures pratiques et d'être à l'affût des bons coups et des apprentissages des autres établissements.

Des outils de transfert de connaissances au sujet des mesures alternatives ont été développés et une implantation à grande échelle se prépare. Une revue de la composition du Comité CIUSSS et des comités de mission a permis une représentation plus complète, et le leadership du Comité du CIUSSS est désormais partagé entre la Direction des soins infirmiers et la Direction de la réadaptation et des services multidisciplinaires. Chaque mission finalise actuellement les procédures spécifiques à leurs clientèles et équipes respectives. Des audits de prévalence, en place depuis 2016, sont effectués tous les trimestres afin d'élaborer des plans d'action dans une optique d'amélioration continue de la qualité des soins.

Mesures mises en place par l'établissement et le comité de la Vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Des exemples de mesures mises en place, selon les principales thématiques abordées par les recommandations, sont présentées ci-dessous :

- Adoption, révision ou application de règles et procédures :
 - o Révision des procédures de facturation pour les patients non-assurés avec la RAMQ, et diffusion de l'information aux employés concernés.
 - o Révision des pratiques et procédures administratives pour s'assurer que les

appels des usagers soient traités dans un délai raisonnable, en fonction de l'urgence de leur situation clinique. Ceci est fait par chacune des cliniques selon leur spécialité.

- o Actualisation de la politique en matière de vol et de perte d'objets. et de rappeler aux usagers les circonstances dans lesquelles ils demeurent responsables des biens en leur possession.
- Continuité des soins et services :
 - o Modalité mise en place afin de s'assurer de l'identification d'un intervenant pivot remplaçant pour la prise en charge de la clientèle, particulièrement dans des situations comme celle où un intervenant pivot serait absent lors du congé de l'hôpital de l'utilisateur, afin que la mise en place des services soit faite rapidement et diligemment.
 - o Renforcement des suivis concernant les besoins de l'utilisateur hébergé en transit et leur réévaluation en temps opportun.
 - o Les ressources intermédiaires, les CHSLD et le mécanisme d'accès à l'hébergement ont été sensibilisés aux changements dans les besoins de la personne hébergée observés au cours de son hébergement temporaire ou transitoire.
 - o Mise en place des « tournées intentionnelles » sur les unités d'hospitalisation, afin de réduire le délai de réponse aux cloches d'appel ainsi que le nombre d'appels grâce à une approche proactive des besoins des patients.
- Communication interpersonnelle et organisationnelle :
 - o Amélioration de l'information donnée aux patients qui doivent suivre des diètes pour certaines procédures (ex. PET Scan).
 - o Les gestionnaires revoient leurs pratiques pour s'assurer que toutes les informations pertinentes sont disponibles aux usagers (dépliants/site internet). Il appartient à chaque direction de mettre à jour l'information, tenant compte des avancées scientifiques et des données probantes. Ceci est également une norme d'agrément.
 - o Amélioration des communications des intervenants avec la famille avant le transfert de leur proche vers l'urgence d'un hôpital et entre les intervenants associés à l'hébergement transitoire et permanent.

- o Communication entre le médecin de famille et l'Urgence-hôpital : Suivi des résultats de l'accès au dossier-patient numérisé. Invitation des acteurs clés à présenter leur plan et leurs résultats.

Mesures mises en place par l'établissement et le comité de la Vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par le Protecteur du citoyen

LIBELLÉ DE LA RECOMMANDATION	STATUT	RÉSUMÉ DES MESURES MISES EN PLACE
Remettre à la représentante légale de l'utilisateur tous les documents demandés et requis afin de lui permettre de prendre des décisions éclairées et d'honorer toutes les obligations associées à ses fonctions	Recommandation implantée	Dans les 2 cas, toute l'information a été fournie à la représentante légale avec les suivis adaptés.
Effectuer un rappel quant aux obligations des gestionnaires lorsqu'ils sont interpellés par le bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans le cadre du traitement d'une plainte.	Recommandation implantée	Formations données aux gestionnaires de la Direction de la Réadaptation et des Services multidisciplinaires sur les obligations en lien avec le traitement des plaintes faites. D'autres informations sur le rapport qui doit être remis à la commissaire aux plaintes sont en cours.
Assigner un intervenant pivot pour assurer le suivi de l'utilisateur ainsi que les liens avec la représentante légale de l'utilisateur	Recommandation implantée	En mars et en avril 2018, une révision du rôle de l'intervenant-pivot a été faite via un kaizen. Depuis ce temps, tous les usagers ont un intervenant-pivot qui agit comme gestionnaire de cas.
Suivi de l'analyse des demandes de remplacement et d'achats de surfaces thérapeutiques auprès de l'établissement au 31 août 2020.	Recommandation en cours d'implantation	L'analyse des besoins pour les surfaces thérapeutiques est faite, et les demandes d'achats sont en cours.
Rappeler au personnel l'importance d'expliquer aux proches d'un usager la décision de le transférer à l'urgence psychiatrique et de documenter cette conversation au dossier.	Recommandation implantée	<ul style="list-style-type: none"> • Information diffusée au personnel pour expliquer aux patients et leur famille tout mouvement interne à l'urgence. • Processus documenté sur MedUrge.

<p>Rappeler au personnel concerné de dépister systématiquement le risque de chutes d'un patient à l'urgence et de le documenter au dossier.</p>	<p>Recommandation implantée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Création du Programme de prévention des chutes adapté pour l'urgence, incluant la participation de l'équipe multidisciplinaire. • Échelle de risque établie par l'infirmière au triage, suivi par l'apposition d'un symbole identifiable sur le bracelet d'identification du patient, ainsi que par des interventions spécifiques.
<p>Rappeler au personnel concerné de s'assurer de l'application des mesures de prévention des chutes auprès d'un usager lorsqu'un risque est détecté et de le documenter au dossier.</p>	<p>Recommandation implantée</p>	<p>Rappel fait à l'ensemble du personnel clinique des unités de garder les ridelles levées, vérifier la fonctionnalité de la cloche d'appel, maintenir la cloche d'appel à portée du patient, s'assurer que la patient porte son bracelet d'identification, et que la feuille indiquant le risque de chute se trouve sur la civière.</p>
<p>Prendre les mesures nécessaires afin que l'urgence psychiatrique de l'HGJ mette à la disposition des usagers des moyens sécuritaires pour se divertir et occuper leur temps libre.</p>	<p>Recommandation implantée</p>	<p>Implication du Comité de l'humanisation des soins pour prodiguer du matériel de divertissement aux patients (ex : puzzles, mots croisés, dessins, lecture individuelle, etc), sans risque pour les patients.</p>
<p>Rappeler à l'infirmière concernée de l'unité de cardiologie de l'Hôpital Général Juif, les obligations qui lui incombent lorsqu'elle est confrontée aux limites de ses connaissances en matière de médication et les actions qu'elle doit prendre lorsque, pour cette raison, le soulagement d'un usager est compromis.</p>	<p>Recommandation implantée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement. • Démonstration de l'acte de l'administration sécuritaire des médicaments. • Révision de la documentation clinique.
<p>Informez l'infirmière concernée de l'unité de cardiologie de l'Hôpital général juif qu'il est inapproprié et non professionnel de questionner un membre de la famille sur la médication qui doit être donnée à un usager, même si cette personne est un professionnel de la santé.</p>	<p>Recommandation implantée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre avec l'infirmière. • Développement d'un plan d'action. • Suivis du plan d'action.
<p>Rappeler au personnel infirmier de l'unité de cardiologie de l'Hôpital général juif, qu'il doit au regard des usagers qui reçoivent des soins de confort :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de façon continue que l'usager est soulagé, tant au plan physique que psychologique; - Évaluer que la médication administrée apporte l'effet souhaité et noter ses observations au dossier; - Prendre les mesures qui s'imposent si l'inconfort de l'usager persiste. 	<p>Recommandation implantée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la pratique des tournées intentionnelles. • Clarification du processus de communication avec l'équipe médicale. • Audit mensuel sur la documentation de la douleur.

LIBELLÉ DE LA RECOMMANDATION	STATUT	RÉSUMÉ DES MESURES MISES EN PLACE
<p>S'assurer, par exemple par une formation complémentaire sur les soins palliatifs, que l'ensemble du personnel infirmier de l'unité de cardiologie de l'Hôpital général juif répond adéquatement au besoin des usagers en fin de vie.</p>	<p>Recommandation en cours d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'une formation qui répond aux besoins d'apprentissage du personnel infirmier de l'unité de cardiologie. • Échéancier de formation établi.
<p>De s'assurer que l'utilisation des mesures de contrôle à l'urgence psychiatrique fasse l'objet d'une mention détaillée aux dossiers des usagers, incluant le risque imminent de lésions et les mesures de remplacement aux mesures de contrôle.</p>	<p>Recommandation implantée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selon la politique et procédure locale de l'HGJ mises en place, toute utilisation des mesures de contrôle doit être documentée sur le formulaire Décision et Rapport de l'utilisation des mesures de contentions qui inclut la documentation des circonstances menant à l'intervention et les mesures de remplacement. • Le formulaire doit être consigné au dossier de l'utilisateur.
<p>De baliser l'utilisation des substances chimiques au Cadre de référence sur l'application des mesures de contention.</p>	<p>Recommandation en cours d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La politique CIUSSS sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle incluant les contentions, l'isolement et les substances chimiques a été complétée en mars 2020. • Les comités locaux s'assurent que chaque mission clinique finalise sa procédure individualisée pour l'automne 2020. • Ces procédures seront annexées à la politique et le document sera soumis aux comités d'approbation en fin d'année 2020.
<p>D'élaborer et adopter un protocole d'application des mesures d'isolement.</p>	<p>Recommandation en cours d'évaluation</p>	
<p>De mettre en place des formulaires de déclaration des mesures d'isolement et des mesures de contention, incluant des substances chimiques, et de s'assurer qu'ils soient consignés aux dossiers des usagers.</p>	<p>Recommandation en cours d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selon la politique et procédure locale de l'HGJ en vigueur, toute utilisation des mesures de contrôle doit être documenté sur le formulaire Décision et Rapport de l'utilisation des mesures de contentions qui est consigné au dossier de l'utilisateur. • Jusqu'à présent, environ 1 000 membres du personnel ont été formés sur l'utilisation du nouveau formulaire. • Le formulaire est présentement sous évaluation pour permettre une harmonisation des formulaires utilisés dans les autres missions une fois la politique et procédure CIUSSS sera finalisée. • Des audits de dossier seront effectués aux 3 mois pour assurer la conformité.

Recommandations adressées au CIUSSS Centre-Ouest par le Coroner et mesures mises en place

Les recommandations suivantes ont été adressées au CIUSSS Centre-Ouest par le Coroner :

- Rapport relatif à une chute au CHSLD Henri-Bradet : Le rapport relève que le CIUSSS Centre-Ouest a revu le dossier et qu'un plan d'amélioration a été mis en place afin de renforcer le programme de prévention des chutes. Solutions et plans : 7 des 8 recommandations du plan d'action sont mises en place.
- Rapport relatif à un suicide : Recommandation au CIUSSS Centre-Ouest, dont l'Hôpital général juif fait partie, de revoir la procédure de prise en charge pour le service psychosocial des adultes en santé mentale afin de s'assurer que le patient soit contacté dans les heures qui suivent sa sortie de l'hôpital. Correctif demandé au Coroner car le patient fut référé à un autre CIUSSS où il a eu un suivi au guichet d'accès puis mis sur une liste d'attente.

Recommandations adressées au CIUSSS Centre-Ouest par d'autres instances, et mesures mises en place

- Comité des usagers :
 - o Difficulté dans l'accès aux médecins de famille et aux médecins spécialistes pour les résidents de CHSLD : Rencontre avec les acteurs clés réalisée.
 - o Le respect : Suivi des initiatives de la campagne RESPECT et de l'initiative Planetree.
 - o Délai dans les réponses aux cloches d'appel : Amélioration notable suite à la mise en place des « tournées intentionnelles » sur les unités d'hospitalisation.
 - o Qualité des services offerts dans les résidences intermédiaires (RI) : Présentation conjointe des différents programmes cliniques impliqués (Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Soutien à domicile, Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme). Suivi de l'évolution planifié.
 - o Communication entre le médecin de famille et l'Urgence-hôpital : Suivi des

résultats de l'accès au dossier-patient numérisé. Invitation des acteurs clés à présenter leur plan et leurs résultats.

- o Vols et pertes d'objets personnels des patients : La politique a été révisée pour le CIUSSS. Un suivi sera fait.
- Comité Vigilance :
 - o Suivi de l'implantation des recommandations : Révision du processus de recommandations émises par le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou par le Comité de Révision (plaintes médicales) afin de s'assurer de la mise en place des recommandations. Bien que l'arrivée de la pandémie ait retardé l'implantation du plan, des améliorations sont déjà notées.
 - o Accès OACIS pour les sages-femmes : Planification du suivi afin de valider que l'accès est amélioré.
 - o Certification des résidences pour aînés (RPA) : Présentation des résultats. Nous avons 29 RPA sur notre territoire, et leur certification est un exercice continu.

5.3 LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION SELON LA MISSION

Tableau : Les mises sous garde

	MISSION CH	MISSION CLSC	TOTAL MISSIONS
Nombre de mise sous garde préventive appliquées	710	-	710
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	sans objet	sans objet	94
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	69	20	89
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	sans objet	sans objet	240
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)	227	-	227

5.4 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est disponible sur le site Internet du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal à l'adresse suivante :

<https://www.ciusscentreouest.ca/a-propos-du-ciuss/rapports/rapport-de-la-commissaire-aux-plaintes-et-a-la-qualite-des-services/>

5.5 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Information à la population

Nous utilisons différentes modalités afin de communiquer des informations et échanger avec la population de notre territoire :

- Activité avec la population :
 - o La séance publique annuelle d'information s'est tenue le 7 novembre 2019.
- Plateforme Web :
 - o De nombreuses informations sont facilement accessibles à partir de notre site Internet : www.ciusscentreouest.ca
 - o Nous mettons régulièrement en ligne des baladodiffusions, qui permettent d'en apprendre plus sur notre CIUSSS, grâce à des entrevues avec des acteurs clés de notre organisation : www.ciusscentreouest.ca/balado
- Nous sommes présents sur de nombreux médias sociaux :
 - o Facebook : CIUSSSCentreOuest
 - o Twitter : CIUSSS_COMTL
 - o Instagram : ciuss_comtl
 - o Youtube : CIUSSSCentreOuestWest-CentralMontréal
 - o LinkedIn : ciusscentreouestmontreal
 - o Soundcloud : ciusscentreouest

- Liens avec le Comité des usagers, nos partenaires communautaires et participation aux tables de concertation :
 - o l'ensemble de ces activités nous permettent de demeurer engagés dans la rencontre des besoins et de demeurer proactifs. Notre communauté est engagée et nous en apprécions la richesse.

Mesure de l'expérience usager

En juin 2015, notre CIUSSS a introduit le sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC). Le SEHPC a été créé et validé par le groupe de travail interprovincial sur la satisfaction des patients. Cette initiative est une collaboration entre l'Institut canadien d'information pour la santé (ICIS), l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et Agrément Canada.

Depuis 2017, 2 200 questionnaires en moyenne sont complétés et retournés annuellement par les usagers. Des rapports trimestriels sont envoyés aux unités de soins comme aux directions qui soumettent et mettent en œuvre des plans d'amélioration. Un registre est maintenu célébrant les améliorations.

En 2019-2020, les usagers sondés en soins aigus soulignent une amélioration du sentiment d'être traité avec respect et courtoisie, de l'écoute attentive, de recevoir des renseignements par écrit, du sentiment de recevoir du soutien pour affronter l'anxiété et de recevoir de l'aide après avoir appuyé sur la sonnette d'appel. Des initiatives de tournées intentionnelles, d'amélioration de la réceptivité, de la communication et de l'enseignement sont en cours.

En parallèle, la mesure de l'expérience usager se fait de façon continue auprès de la clientèle de santé physique de l'Hôpital général juif, ainsi qu'en réadaptation auprès des patients admis.

En 2019-2020, des sondages de satisfaction ont été menés dans les secteurs suivants :

- Soins aigus : cliniques d'endoscopie, Hôpital de jour et de radio-oncologie.
- Santé mentale : patient admis et ambulatoire.
- Programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées - Volet hébergement : 152 résidents sur 7 sites.
- Programme de Soutien à l'autonomie des

personnes âgées - Volet Soutien à domicile : 99 usagers ont répondu.

- Services ambulatoires de première ligne sur tous les sites de nos CLSC : le Comité des usagers a sondé près de 4 000 usagers.
- Réadaptation (patients admis) : 367 répondants.
- Sondage en finalisation pour la réadaptation externe et la clientèle des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique.
- Projet pilote de sondage en ligne pour les nouvelles mamans.

Les résultats des questionnaires de l'expérience usager sont analysés par les directions concernées, en collaboration avec la direction de la Qualité, et des plans d'action avec des mesures concrètes d'amélioration des services sont élaborés. Un suivi est fait sur l'implantation de ces mesures.

Patients partenaires

Au sein de notre programme des usagers partenaires, nous avons maintenant recruté plus de 60 patients/usagers partenaires qui se sont joints à différents projets, comités, équipes d'amélioration continue de la qualité ou autres initiatives du CIUSSS, et ceci à travers toutes les missions.

Ces patients partenaires nous permettent de nous améliorer, en prenant mieux en compte la vision et le ressenti de nos usagers. Un comité de soutien à ces usagers partenaires a été mis en place, permettant de définir des plans d'amélioration de l'expérience usager dans les différents programmes. Une grande satisfaction autant de la part des usagers partenaires que des équipes qui les intègrent est soulignée.

Les patients partenaires et représentants communautaires font partie intégrante de nos modes d'intervention depuis plus de 15 ans, et siègent au comité de la qualité et de la gestion des risques ainsi qu'au comité Vigilance du conseil d'administration.

Les patients partenaires se sont notamment investis dans les activités suivantes :

- Comités locaux du circuit du médicament et comité circuit du médicament CIUSSS.
- Simulation de visite d'agrément Canada et lors de la visite.

- Journées Planetree CIUSSS.
- Comités d'amélioration continue de la qualité dont le comité de la qualité et la gestion des risques et celui sur la télésanté.
- Semaines de la sécurité des usagers.
- Révision de la politique d'allaitement du CIUSSS.
- Travaux de plusieurs Unités de pratique intégrée (trajectoires) dont Neurologie et Cardiologie.
- Différents projets de la Direction de la Santé mentale et Dépendance, du service d'Oncologie et de la Maison des naissances de Côte-des-neiges.

Services de bénévoles

Depuis des années, les services de bénévoles de tous les établissements du CIUSSS se distinguent par la qualité de leur soutien et par le nombre considérable de leurs membres. L'esprit bénévole est tout à fait remarquable. Collectivement, ces personnes constituent une force motrice de changements positifs et d'améliorations apportés à la qualité des soins dans nos installations. La volonté de donner de son temps continue d'augmenter, et les bénévoles jouent un rôle actif dans un nombre croissant de domaines.

En plus de s'impliquer dans des projets au sein de leur établissement, ces personnes

contribuent à améliorer le travail mené dans presque chaque division, clinique et service de notre CIUSSS. En voici quelques exemples : la lecture aux nouveau-nés de l'Unité néonatale de soins intensifs, le programme MISSIVE en CHSLD, l'espoir c'est la vie en oncologie, l'accompagnement pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme du Centre Miriam, le programme de vie pour les aînés en maintien du niveau de fonctionnalité à l'hôpital général juif, etc.

Démarche Planetree

Notre CIUSSS s'est engagé dans la démarche Planetree en 2018, qui vise l'excellence des soins centrés sur la personne et pour laquelle l'implication des usagers est essentielle. Cette démarche implique l'ensemble de nos missions, de nos directions et de nos partenaires, et constitue l'approche parapluie qui attache avec cohérence toutes nos initiatives.

Notre démarche Planetree a été présentée lors de l'assemblée publique annuelle de novembre 2019, ainsi qu'à notre conseil d'administration en janvier 2020.

La présentation de notre poster sur notre planification de mise en œuvre a gagné le 4e prix à la conférence Planetree internationale en automne 2019.

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

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

ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE	SITE OU INSTALLATION ¹				TOTAL ²
		CENTRE HOSPITALIER	CHSLD	DOMICILE	MAISON DE SOINS PALLIATIFS	
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier	466				N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD		501			N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile			603		N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs				22	N/A
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées			10		10
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées			47		47
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées			27		27
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : <ul style="list-style-type: none"> • 4 personnes ne se qualifiaient pas; • 4 personnes ont changé d'avis; • 10 personnes sont décédées avant ou pendant le processus d'évaluation; • 2 personnes sont en processus d'évaluation. 			20		20

Note¹ - Par site ou installation : La personne doit être comptée une seule fois pour chaque source de données utilisée. L'objectif est de présenter le volume d'utilisateurs et non l'intensité des services.

Note² - Total N/A : Il n'est pas possible d'additionner les nombres par site ou par installation parce qu'ils proviennent de sources de données différentes et de périodes différentes.

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Tableau de répartition de l'effectif 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	2 859	2 231
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 771	2 172
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 520	1 316
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	1 801	1 447
5 - Personnel non visé par la loi 30	88	75
6 - Personnel d'encadrement	326	323
total	9 365	7 564

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.

7.2 LA GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

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

11045176 CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL	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 SUPPLÉMEN- TAIRES	TOTAL HEURES RÉMUNÉRÉES
1 - Personnel d'encadrement	555 315	5 397	560 713
2 - Personnel professionnel	2 311 323	9 899	2 321 222
3 - Personnel infirmier	4 177 703	185 656	4 363 359
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	5 953 601	149 868	6 103 469
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 321 592	24 232	1 345 823
6 - Etudiants et stagiaires	5 549	14	5 563
Total 2019-2020	14 325 084	375 064	14 700 148
Total 2018-2019			14 307 718

Cible 2019-2020

14 588 315

Écart

111 833

Écart en %

0,8%

La cible ministérielle en heures rémunérées n'a pas été respectée. En effet, elle a été dépassée de 111 833 heures.

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

Des investissements importants ont eu lieu dans plusieurs programmes, dont notamment au programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et plus particulièrement en soins à domicile, à la direction de la réadaptation, à la direction des soins infirmiers, ainsi qu'à la direction des ressources humaines en lien avec les mesures visant à prendre soin de notre personnel. Ceux-ci ont eu pour effet d'augmenter le nombre d'équivalents temps complet (ETC) dans les différentes catégories d'emploi.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

Tableau : Dépenses par programmes-services

PROGRAMMES	EXERCICE PRÉCÉDENT		EXERCICE COURANT		VARIATION DES DÉPENSES	
	DÉPENSES	%	DÉPENSES	%	\$	%*
PROGRAMMES - SERVICES						
Santé publique	6 158 515	0,8	8 461 719	1,0	2 303 204	37,4
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	78 090 580	9,9	84 366 301	10,0	6 275 721	8
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	142 735 514	18,0	155 231 078	18,4	12 495 564	8,7
Déficience physique	23 205 734	2,9	27 488 848	3,3	4 283 114	18,5
Déficience intellectuelle et TSA	33 583 418	4,2	34 426 487	4,1	843 069	2,5
Jeunes en difficulté	6 237 265	0,8	6 707 027	0,8	469 762	7,5
Dépendances	1 739 804	0,2	1 883 205	0,2	143 401	8,2
Santé mentale	24 537 063	3,1	24 800 378	2,9	263 315	1,1
Santé Physique	292 461 780	36,9	306 328 526	36,2	13 866 746	4,7
PROGRAMMES SOUTIEN						
Administration	56 739 657	7,2	61 732 944	7,3	4 993 287	8,8
Soutien aux services	55 392 670	7,0	60 294 605	7,1	4 901 935	8,9
Gestion des bâtiments et des équipements	72 053 376	9,1	73 026 888	8,6	973 512	1,4
Total	792 935 376	100%	844 748 006	100%	51 812 630	6,5%

*Résultat de la variation des dépenses divisée par les dépenses de l'exercice précédent

Pour plus d'information sur les ressources financières, vous pouvez consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471, publié sur le site disponible sur le site Internet du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal à l'adresse suivante :

<https://www.ciussscentreouest.ca/a-propos-du-ciusss/rapports/rapport-financier/>

8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a terminé l'année avec un déficit global de 5 500 768\$. Le fonds d'exploitation termine l'année avec un déficit de 6 005 998\$, et le fonds d'immobilisation termine l'année avec un surplus de 505 230\$.

Le CIUSSS ne s'est pas conformé à son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin d'une année financière.

Le déficit dans le fonds d'exploitation est composé d'un déficit de 5 948 714\$ dans les activités principales, et d'un déficit de 57 284\$ dans les activités accessoires.

Le déficit dans les activités principales s'explique par deux éléments :

- Le premier élément est relié au sous financement du bloc opératoire qui a été présenté et reconnu par le MSSS.
- Le deuxième élément est relié aux optimisations demandées par le MSSS en 2019-2020. Étant donné que nous avons déjà mis en place, depuis plusieurs années, un grand nombre de mesures d'optimisation visant à améliorer notre efficacité dans de nombreux secteurs, des optimisations additionnelles n'auraient pu se réaliser qu'aux dépens de l'accessibilité et de la qualité des soins et services offerts à nos usagers.

8.3 LES CONTRATS DE SERVICES

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

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique ¹	92	10 925 553,75\$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	375	50 897 805,98\$
Total des contrats de services	467	61 823 359,71\$

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.

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
La compilation de l'unité de mesure « usager » n'est pas conforme aux définitions du MGF. Le système de compilation des unités de mesure n'étant pas intégré. Il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site.	2014-2015	C	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas effectué le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020			
L'unité de mesure « Appels répondus » pour le centre d'activités 6090 - Info-Santé et l'unité de mesure « Le nombre d'appels » pour le centre d'activités 5970 - Info-Social n'ont pu être validées avec exactitude car il n'a pas été possible de générer des rapports détaillés des appels traités qui sont reportés au sommaire cumulatif annuel pour ces entres d'activités.	2015-2016	C	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas effectué le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020			

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2020.1.0

Révisée : 2019-2020

Timbre valideur

Rapport V 0.1

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn

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

1104-5176

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2020

Les unités de mesure « Les heures de prestation de services » et « l'utilisateur » du centre d'activités 8002-Evaluation, expertise et orientation-déficience physique n'ont pas fait l'objet d'une compilation.	2015-2016	C	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas effectué le suivi pour l'exercice			
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2012-2013	C	Relié aux limites du système.			NR
Rapport à la gouvernance						

10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Tableau : Divulgence des actes répréhensibles

DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES À L'ÉGARD DES ORGANISMES PUBLICS	NOMBRE DE DIVULGATIONS	NOMBRE DE MOTIFS	MOTIFS FONDÉS
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations	1	sans objet	sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	sans objet	1	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		0	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	sans objet	0	0
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		0	0
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		0	0
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		1	0
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement		0	0
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	0
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations		1	sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable du suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	sans objet	0	
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé	sans objet	sans objet	

DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES À L'ÉGARD DES ORGANISMES PUBLICS	NOMBRE DE DIVULGATIONS	NOMBRE DE MOTIFS	MOTIFS FONDÉS
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³	0	0	0

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

11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a cette responsabilité régionale pour l'île de Montréal. Les informations sur les organismes communautaires sont donc disponibles dans le rapport annuel de gestion de cet établissement.

ANNEXES

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

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

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. FONDEMENT LÉGAL

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie

des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).

- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de 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 élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière,

commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances.³

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 assujetti 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.

³ 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.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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

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

8.1 DISPONIBILITÉ ET COMPÉTENCE

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses 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 objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 DISCRÉTION ET CONFIDENTIALITÉ

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

8.6 CONSIDÉRATIONS POLITIQUES

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 RELATIONS PUBLIQUES

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

8.8 CHARGE PUBLIQUE

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

8.9 BIENS ET SERVICES DE L'ÉTABLISSEMENT

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

8.10 AVANTAGES ET CADEAUX

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

8.11 INTERVENTIONS INAPPROPRIÉES

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;

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

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

De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

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

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

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

SECTION 4 - APPLICATION

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

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

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction.

En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;

- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

18. Comité d'examen ad hoc

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXE I - ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du -CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le 14 avril 2016, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CIUSSS.

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

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

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

ANNEXE II - AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE III - DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction Employeur

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

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE IV - DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

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

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

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE V - DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE VI - SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

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

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE VII - AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

