RAPPORT ANNUEL
DE GESTION
BILAN ET PERSPECTIVES

19 20

1ER AVRIL 2019 - 31 MARS 2020

Québec

TABLE DES MATIÈRES

Section 1 – Le message des autorités 3
Note au lecteur 4

Section 2 – La déclaration de la fiabilité des données 5

Section 3 – La présentation de l'établissement et faits saillants 6
3.1 - L'établissement 6
L'organigramme au 31 mars 2020 8
3.2 - Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives 9
3.2.1 - Le conseil d'administration 9
3.2.2 - Les comités, les conseils et les instances consultatives 10
3.3 - Les faits saillants 17

Section 4 – Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 18
Chapitre III : Attentes spécifiques 18
Chapitre IV : Engagements annuels 23
Autres résultats 34

Section 5 – Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité 35
L'agrément 35
La sécurité et la qualité des soins et des services 35
Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité suite aux recommandations 38
Le nombre de mises sous garde selon la mission 43
L'examen des plaintes et la promotion des droits 44
L'information et la consultation de la population 45

Section 6 – L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie 47

Section 7 – Les ressources humaines 48
Le tableau des ressources humaines 48
La gestion et le contrôle des effectifs 49

Section 8 – Les ressources financières 50
L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme 50
L'équilibre budgétaire 51
Les contrats de service 51

Section 9 – L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant 52

Section 10 – La divulgation des actes répréhensibles 63

Annexe 1 – *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de conseil d'administration* 64

Annexe 2 – Statistiques - Direction de la protection de la jeunesse 85

Adopté par le conseil d'administration le 26 août 2020.

SECTION 1 – LE MESSAGE DES AUTORITÉS

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal célèbre son cinquième anniversaire, un jalon important de son existence. Des années marquées par une volonté sans cesse renouvelée d'offrir des soins et des services sécuritaires et de qualité à la population, d'en favoriser et simplifier l'accès, le tout dans une démarche d'efficience et d'amélioration continue.

Le présent *Rapport annuel de gestion* et son *Cahier des faits saillants* font état des réalisations et des avancées tant sur les plans clinique, administratif, financier et académique, que de l'enseignement et de la recherche.

Soulignons quelques faits marquants de cette année financière qui se clôturait alors que la pandémie liée au coronavirus nous obligeait déjà à revoir nos priorités.

L'investissement accordé pour la mise en place du programme ministériel *Agir tôt*, qui vise la détection et la prise en charge précoces des retards de développement chez les enfants de 0 à 5 ans, a permis d'embaucher des professionnels supplémentaires dans les CLSC et les centres de réadaptation pour jeunes et de réduire les temps d'attente pour les enfants et leurs familles.

L'annonce importante touchant le projet de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, qui consiste en un renouvellement de ses infrastructures, afin de remédier à la vétusté des bâtiments et de mieux répondre à ses besoins cliniques et académiques. Une réalisation qui permettra de réaffirmer notre excellence en matière de soins et services en santé mentale offerts à de nombreuses personnes vulnérables, et ce, dans un contexte plus moderne, humain et sécuritaire.

Mentionnons également l'annonce de la construction d'une maison alternative de 72 places à Dorval. La nouvelle installation offrira à ses résidents, aux prises avec une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique, un milieu de vie à dimension humaine, rappelant le domicile et favorisant un mode de vie plus actif.

Pleinement engagés à améliorer l'accès aux soins et services, tout en permettant aux citoyens de devenir partie intégrante du processus décisionnel, nous nous réjouissons du succès rencontré par l'approche citoyen partenaire par laquelle des personnes de la communauté peuvent s'impliquer dans des projets d'envergure ou siéger à des instances du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Enfin, la culture d'excellence dans laquelle chacun est encouragé à se dépasser a notamment pu se manifester lors de la première édition du Gala Reconnaissance de notre CIUSSS. Cet événement interne vise, en effet, à reconnaître l'excellence et les retombées positives de projets qui s'inscrivent dans l'esprit de notre mission et de nos valeurs organisationnelles que sont l'agilité, le respect et le partenariat.

Nous tenons à remercier chaleureusement les employés, les cadres, les médecins, les chercheurs, les partenaires communautaires et les bénévoles, pour le travail extraordinaire qu'ils accomplissent, et le dévouement dont ils font preuve, jour après jour, pour prendre soin de notre population et de nos clientèles.

Richard Legault
Président du conseil d'administration

Lynne McVey
Présidente-directrice générale

NOTE AU LECTEUR :

Il est difficile de passer sous silence la virulente pandémie liée au nouveau coronavirus (COVID-19) qui a frappé la planète au cours des derniers mois. Notre organisation et la population sur laquelle nous veillons n'y ont, malheureusement, pas échappé.

Dès les premiers jours de cette crise sanitaire, dirigeants et employés du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont multiplié les efforts, puisé au fond de leurs énergies et, surtout, fait preuve de beaucoup d'engagement et de courage pour prendre soin de notre communauté, et plus particulièrement des gens les plus vulnérables. La structure de gouverne de l'établissement et du conseil d'administration, faisant preuve d'une grande agilité, s'est adaptée rapidement pour faire face à ce gigantesque défi.

Les initiatives mises à grande vitesse de l'avant ont été nombreuses, et certaines se poursuivent d'ailleurs encore à ce jour. Ainsi, l'accélération de projets d'infrastructures et l'achat de roulottes mobiles et d'abris de garage pour nos hôpitaux communautaires ont permis d'accroître notre capacité pour mieux desservir nos clientèles. En termes de recrutement, où les besoins étaient criants, et en ajout à la plateforme ministérielle « Je contribue », notre organisation a créé son propre mécanisme d'embauche rapide, « La force du nous! ». Celui-ci a permis de recruter de nombreuses personnes disposées à nous prêter main forte. Dans la même veine, la grande agilité de notre personnel, l'une des valeurs de notre organisation, a permis de redéployer un bon nombre d'employés vers des secteurs où la pénurie de main-d'œuvre se faisait beaucoup ressentir. À souligner, plusieurs membres de notre personnel se sont portés volontaires pour un redéploiement.

La Direction générale de notre CIUSSS a mis en place, sans tarder, une série d'outils pour bien renseigner à la fois ses employés et la population, en temps opportun, sur d'éléments importants liés à la pandémie. Ainsi, quotidiennement, des sessions d'information à l'aide de l'application *Zoom* ont été tenues, à l'intention du personnel, et la présidente-directrice générale a rédigé, au même rythme, des « Mots de la PDG », diffusés par courriel à l'ensemble de nos effectifs. Ces informations étaient rapidement rendues disponibles sur notre site intranet.

La population, de son côté, a pu bénéficier de différents moyens mis à sa disposition pour s'informer. Entre autres, une « Ligne Info CIUSSS » était accessible en tout temps, tandis que notre site Web et nos plateformes numériques (Facebook et LinkedIn) étaient constamment mis à jour.

Nous souhaitons également souligner la formidable collaboration avec les partenaires de la communauté. Plusieurs rencontres avec les maires et députés du territoire ont permis de mieux arrimer les actions du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal avec celles de la communauté.

Toutes ces initiatives, nous en sommes convaincus, ont certes fait une réelle différence. Elles ont même assurément contribué à sauver un grand nombre de vies.

Actuellement, nous ne ménageons aucun effort afin de bien se préparer en prévision d'une deuxième vague pandémique. Nous retenons un grand nombre de leçons apprises au cours des derniers mois, bonifions nos initiatives originales déployées avec succès, et cherchons sans arrêt à innover dans notre prestation de soins et services de qualité à la population.

SECTION 2 – LA DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

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.

Les résultats et les données du Rapport annuel de gestion de l'exercice 2019-2020 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'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.

Lynne McVey
Présidente-directrice générale

SECTION 3 – LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

3.1 L'ÉTABLISSEMENT

MISSION ET PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est un établissement offrant des soins et des services de santé intégrés à la population de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-LaSalle, de même qu'aux clientèles de ses installations qui offrent des soins généraux et spécialisés à la grandeur de l'Île de Montréal ainsi que dans différentes régions du Québec.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a pour mission d'assurer une véritable intégration des services offerts à la population.

- L'établissement est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS) constitué des réseaux locaux de services (RLS) de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-LaSalle;
- Il a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- Il assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- Il veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire et à la collaboration avec les établissements des territoires sur lesquels ses installations se trouvent dans le cadre de ses multiples missions, et ce, en fonction des besoins de sa population, sa clientèle et de ses réalités territoriales;
- Il conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux

De par la nature de ses établissements constitutifs, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal couvre les cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, lui permettant ainsi d'assurer une meilleure intégration de ses services à sa population et à ses clientèles. Entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2020, l'établissement exploitait :

- Quatre centres locaux de services communautaires (CLSC);
- Quatre centres hospitaliers (CH), plus précisément trois centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, ainsi qu'un centre hospitalier de soins psychiatriques;
- Huit centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);
- Deux centres de réadaptation (CR), dont l'un pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (CRDITED), ainsi qu'un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

DÉSIGNATION UNIVERSITAIRE ET PRINCIPAUX SERVICES

Désigné universitaire en raison de la présence dans sa région sociosanitaire d'une université offrant un programme complet d'études prédoctorales en médecine et des autres professions de la santé et des services sociaux, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal compte deux installations ayant une désignation universitaire, soit l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et le Centre hospitalier de St. Mary, ainsi que deux centres de recherche : le Centre de recherche de l'hôpital Douglas, accrédité par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et 2e centre le plus performant au Canada dans son domaine, et le Centre de recherche de St. Mary.

Ce sont 1 398 stages universitaires qui ont été effectués cette année dans les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal : 827 stages médicaux et d'étudiants de niveau résidence en médecine et 571 stages non médicaux (services sociaux, soins de santé, génie, administration, ressources humaines, etc.).

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal participe aux activités du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill (RUIS McGill)*, offrant dans les régions desservies par ce dernier plusieurs services spécialisés et ultraspécialisés.

VOCATION RÉGIONALE ET SUPRARÉGIONALE

Certaines installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal sont désignées bilingues et offrent l'ensemble de leurs services en langue anglaise.

En plus des principaux services offerts s'ajoute le mandat provincial qui revient au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal d'offrir des soins et des services ultraspécialisés dans le domaine des troubles de l'alimentation, ainsi que celui d'offrir des services de protection de la jeunesse et des services résidentiels de réadaptation en langue anglaise à tous les jeunes de la province qui les requièrent. Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal offre aussi des services de deuxième ligne en santé mentale aux communautés autochtones de Nunavik et Cries de la Baie James.

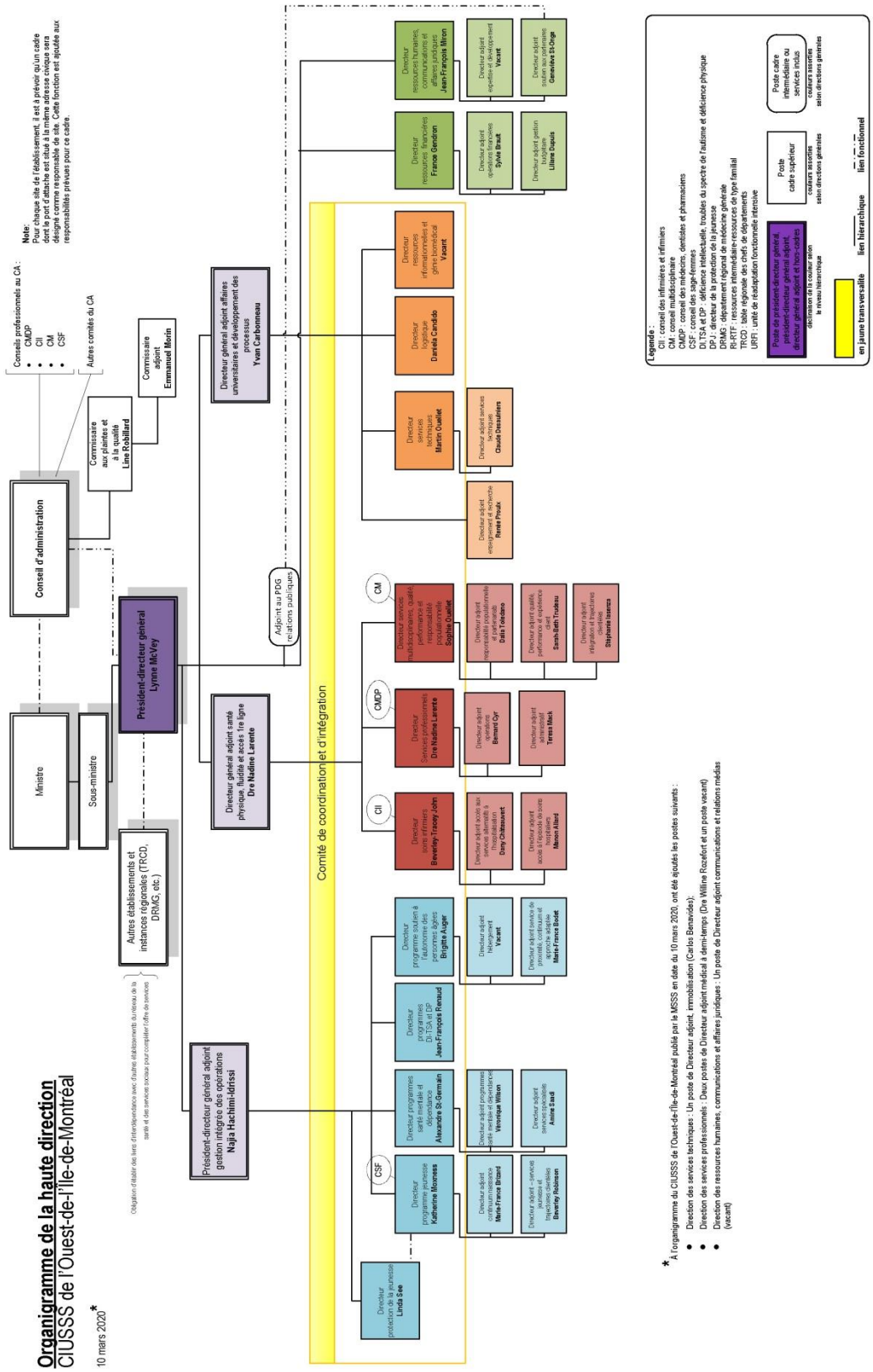
La Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel de l'Hôpital Sainte-Anne offre des soins de santé et des services surspécialisés de réadaptation en santé mentale aux vétérans des Forces armées canadiennes et aux membres de la Gendarmerie royale du Canada, actifs ou non.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été créé le 1er avril 2015.
En date du 31 mars 2020, il était constitué des installations suivantes :

Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM)
Réseau local de services (RLS) de Dorval-Lachine-LaSalle
• CLSC de Dorval-Lachine • CLSC de LaSalle • CHSLD de Dorval • CHSLD de Lachine • CHSLD de LaSalle • CHSLD Nazaire-Piché • Unité d'hébergement de l'Hôpital de LaSalle • Hôpital de LaSalle (HL)
Réseau local de services (RLS) de l'Ouest-de-l'Île
• CLSC de Pierrefonds • CLSC du Lac-Saint-Louis • CHSLD Denis-Benjamin-Viger • Hôpital général du Lakeshore
Centre de soins prolongés Grace Dart (Grace Dart)
Centre hospitalier de St. Mary (CHSM)
Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Centres Batshaw)
Hôpital Sainte-Anne (HSA)
Institut universitaire en santé mentale Douglas (Institut Douglas)

* Le territoire du RUIS McGill couvre 63 % de la superficie de la province et comprend les régions suivantes : Nunavik, les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le Nord-du-Québec, l'Abitibi-Témiscamingue, l'Outaouais, l'ouest de la Montérégie ainsi que la partie ouest de l'île de Montréal.

L'ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2020



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

3.2.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. Richard Legault	**Président** Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
Mme Isabelle Brault	**Vice-présidente** Compétence en gouvernance ou éthique
Mme Lynne McVey	**Secrétaire** Présidente-directrice générale
Mme Nada Dabbagh	Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
Mme Micheline Béland	Comité des usagers (CU)
M. Allen Van der Wee	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
M. Rafik Greiss	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité et Comité de la langue anglaise
Mme Maya Nassar	Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
Dr Christian Zalai	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Mme Marianne Ferraiuolo	Conseil multidisciplinaire (CMULTI)
Dr Nebojsa Kovacina	Département régional de médecine générale (DRMG)
Mme France Desjardins	Expertise dans les organismes communautaires
Mme Judy Martin	Expertise en protection de la jeunesse
Mme Caroline Storr-Ordolis	Expertise en réadaptation
M. Gary Whittaker	Expertise en réadaptation
Mme Diane Néron	Expertise en santé mentale
Mme Joanne Beaudoin	Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux
Dr Philippe Gros	Universités affiliées
Dr Samuel Benaroya	Universités affiliées

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

Aucun cas n'a été traité ou manquement constaté au cours de l'année par les instances disciplinaires.

Le *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de conseil d'administration* se trouve à l'Annexe 1 du présent rapport.

3.2.2 LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

Comité de gouvernance, éthique, ressources humaines et administration

Mme France Desjardins	**Présidente**
Mme Isabelle Brault	
M. Rafik Greiss	
Mme Judy Martin	
M. Richard Legault	Président du conseil d'administration
Mme Lynne McVey	Membre *ex officio*, Présidente-directrice générale

Comité de vérification

M. Rafik Greiss	**Président**
Mme Joanne Beaudoin	
Mme Diane Néron	
M. Allen Van der Wee	
M. Gary Whittaker	
M. Richard Legault	Membre *ex officio*, Président du conseil d'administration
Mme Lynne McVey	Membre *ex officio*, Présidente-directrice générale

Comité de vigilance et de la qualité des services

Mme Judy Martin	**Présidente**
Mme Micheline Béland	
Mme Caroline Storr-Ordolis	
Mme Line Robillard	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
M. Richard Legault	Membre *ex officio*, Président du conseil d'administration
Mme Lynne McVey	Présidente-directrice générale

Comité des affaires universitaires

Dr Samuel Benaroya	**Président**
Mme Joanne Beaudoin	
Mme Nada Dabbagh	
Dr Philippe Gros	
Mme Caroline Storr-Ordolis	
M. Richard Legault	Membre *ex officio*, Président du conseil d'administration
Mme Lynne McVey	Membre *ex officio*, Présidente-directrice générale

Comité des affaires populationnelles et des partenariats

Mme Maya Nassar	**Présidente**
Mme Micheline Béland	
Mme Marianne Ferraiuolo	
Dr Nebojsa Kovacina	
M. Gary Wittaker	
M. Richard Legault	Membre *ex officio*, Président du conseil d'administration
Mme Lynne McVey	Membre *ex officio*, Présidente-directrice générale

Comité - Communications

M. Richard Legault	**Président** Membre *ex officio*, Président du conseil d'administration
Mme Isabelle Brault	
Mme France Desjardins	
Mme Nada Dabbagh	
Mme Diane Néron	
M. Gary Wittaker	
Mme Lynne McVey	Membre *ex officio*, Présidente-directrice générale

Comité des soins et services

Mme Isabelle Brault	**Co-présidente**
Dr Christian Zalai	**Co-président**
Mme Nada Dabbagh	
Mme Marianne Ferraiuolo	
Mme Judy Martin	
M. Richard Legault	Membre *ex officio*, Président du conseil d'administration
Mme Lynne McVey	Membre *ex officio*, Présidente-directrice générale

Comité de révision

Mme France Desjardins	**Présidente**
Dr Gary Inglis	
Dre Chryssi Paraskevopoulos	

Comité d'évaluation des mesures disciplinaires

Mme Isabelle Brault	**Présidente**
Dr Samuel Benaroya	
Mme Micheline Béland	
Dr Nebojsa Kovacina	
M. Richard Legault	Président du conseil d'administration

Comité des usagers et des résidents

Mme Micheline Béland	**Présidente** Présidente du comité des usagers Dorval-Lachine-LaSalle
M. John Brkich	**Trésorier** Président du comité des résidents du Centre de soins prolongés Grace Dart
M. Elgadi Abdelkarim	Président du comité des usagers de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
Mme Catherine Bubnich	Membre du comité des usagers de l'Hôpital général du Lakeshore
Mme Johanne Comeau	Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement Nazaire-Piché
Mme Jeanine Lemire	Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement de Dorval
M. Claudel St-Pierre	Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger
Mme Dianne Sabourin	Présidente du comité des usagers du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
M. Wolf Solkin	Président du Comité des usagers de l'Hôpital Sainte-Anne

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Dre Hélène Daniel	**Présidente** Centre hospitalier de St. Mary
Dr Alfred Homsy	**Vice-président départements et représentant DLL** Hôpital de LaSalle
Mme Hélène Paradis	**Vice-présidente comités et représentante pharmacie** Hôpital général du Lakeshore
Dre Joan Mason	**Secrétaire et représentante IUSMD** Institut universitaire en santé mentale Douglas
Dr Fadi Habbab	**Trésorier et représentant CHSM** Centre hospitalier de St. Mary
Dre Marie-Christine Godin	**Représentante CHSLD** Centre d'hébergement de Dorval
Dre Liliane Fortier	**Représentante CLSC** CLSC de Dorval-Lachine
Dr Tom Kaufman	**Représentant ODI** Hôpital général du Lakeshore
Dr Christian Zalai	**Représentant ODI et représentant spécialiste au conseil d'administration** Hôpital général du Lakeshore
Dre Catherine Duong	**Représentante DLL** Hôpital de LaSalle
Dr Reuben Martins	**Représentant IUSMD** Institut universitaire en santé mentale Douglas
Dr Steven Herskovitz	**Représentant CHSM** Centre hospitalier de St. Mary
Dre Nadine Larente	**Directrice des services professionnels**
Mme Lynne McVey	**Présidente-directrice générale**

Conseil des infirmiers et infirmières (CII)

Mme Maya Nassar	**Présidente** Direction du programme jeunesse
Mme Dencia Jean-Paul	**Vice-présidente - cooptée** Direction des soins infirmiers
Mme Beverley-Tracey John	**Secrétaire** Direction des soins infirmiers
Mme Joy Théodore	**Trésorière** Direction accès, qualité, performance et bureau de projets
Mme Karine Mayas	Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées
M. Gilles Nekam	Direction des soins infirmiers (conseiller au préceptorat - volet santé mentale)
Mme Diane Babin	Direction des soins infirmiers
Mme Evelyne Beauchamp	Cooptée – en remplacement Direction des services professionnels
Mme Isabelle Carrier	Cooptée Direction des programmes de santé mentale et dépendances
Mme Ramatou Nzie	Cooptée Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
M. Éric Labonté	Coopté Direction des services professionnels

Comité exécutif du Conseil des sages-femmes

Mme Trista Leggett	**Présidente**
Mme Catherine Mason	**Vice-présidente**
Mme Rachida Amrane	**Secrétaire**
Mme Christiane Léonard	Responsable des services de sage-femme
Mme Zaza Meskine	Sage-femme
Mme Lynne McVey	Présidente-directrice générale

Conseil multidisciplinaire

M^me^ Stéphanie Côté	**Présidente par intérim** Conseillère en éthique
M. Joseph Thierry René	**Vice-président par intérim** Technicien en assistance sociale
M. Jerry Belony	**Trésorier par intérim** Éducateur spécialisé
M^me^ Alvine Fansi	**Secrétaire par intérim** Agente de planification, de programmation et de recherche
M. Sébastien Tremblay	**Responsable des communications par intérim** Éducateur
M^me^ Julie Van	**Responsable des communications** Technologue en électrophysiologie médicale
M^me^ Flora Masella	Membre Récréologue
M. Martin Carrière	Membre Travailleur social
M^me^ DaVonne Parsons	Membre par intérim Éducatrice
M^me^ Marie-Claude Lajoie	Membre par intérim Thérapeute en réadaptation physique
M^me^ Venise Calluzzo	Adjointe à la directrice des services multidisciplinaires
M^me^ Sophie Ouellet	Directrice des services multidisciplinaires
M^me^ Lynne McVey	Présidente-directrice générale

Comité de gestion des risques

Dre Willine Rozefort	**Co-présidente (clinique)** Directrice adjointe des services professionnels
Mme Sarah-Beth Trudeau	**Co-présidente (administratif)** Directrice adjointe qualité, performance et expérience client
Mme Franca Palucci	**Secrétaire** Agente administrative, Direction des services multidisciplinaires, qualité, performance et responsabilité populationnelle
Mme Emélie Castonguay-Leclerc	Chef de service qualité, certification et gestion des risques
M. Vladimir Guriev	Conseiller cadre en gestion des risques
Mme Karine Mayas	Représentante du Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)
Mme Stéphanie Iasenza	Directrice adjointe intégration et trajectoires clientèles - Représentante de la Direction des services multidisciplinaires
M. Bernard Cyr	Directeur adjoint, opérations - Représentant de la Direction des services professionnels
Mme Chantal Manoukian	Chef adjoint pharmacie - Représentant du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
M. Jérôme Ouellet	Directeur adjoint à la Direction soins infirmiers
M. Mathieu Brodeur	Adjoint au directeur, Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées
Mme Martine Beaurivage	Adjointe au directeur, Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
Mme Linda See	Directrice de la protection de la jeunesse
M. Marc Boutin	Adjoint au directeur, Direction des programmes de santé mentale et dépendances
Mme Katherine Moxness	Directrice du programme jeunesse
Vacant	Médecin - Représentant du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Mme Merilyne Ng Ah Chey	Membre du comité des usagers
Vacant	Membre du comité des usagers

Autres comités et instances consultatives

D'autres comités et instances consultatives sont également en place dans l'organisation tels que le comité de coordination opérationnelle, le comité d'éthique clinique, les comités d'éthique de la recherche et le comité permanent des mesures de contrôle**.**

3.3 LES FAITS SAILLANTS

Les faits saillants font l'objet d'un tiré à part qui est considéré comme faisant partie intégrante du présent Rapport annuel de gestion. Les deux documents respectent ainsi la circulaire portant sur le Rapport annuel de gestion des établissements publics et privés et des autorités régionales.

SECTION 4 – LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ (EGI)

CHAPITRE III : ATTENTES SPÉCIFIQUES

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			
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)	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. • devront faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. • le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et préposé aux bénéficiaires - PAB) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne. • selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. • une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes, aux déplacements de celles-ci, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et denturologistes. • D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.	Dû le 15 juillet 2019 Dû le 21 octobre 2019 Dû le 20 janvier 2020 Dû le 13 juillet 2020	Réalisée Réalisée Réalisée Réalisée
Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés			
Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en niveau de soins alternatif - NSA (2.1)	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en NSA.	Dû le 13 septembre 2019 Dû le 31 mars 2020	Annulée (Cette attente a été retirée par le MSSS - Bulletin EGI vol.15, nº 11) Annulée (Cette attente a été retirée par le MSSS - Bulletin EGI vol.15, nº 26)

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (suite)			
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (2.2)	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation, portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène ainsi que sur les résultats du 2e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.	Dû le 29 octobre 2019 Dû le 12 mai 2020	Réalisée Annulée (Cette attente a été retirée par le MSSS pour la P13 - Bulletin EGI vol.16, no 8)
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (2.3)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	Dû le 1er septembre 2020	En cours
Plan d'action TSA (2017-2022) (2.4)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du Plan d'action TSA 2017-2022.	Dû le 29 octobre 2019 Dû le 17 février 2020 Dû le 1er août 2020 (délai accordé jusqu'au 12 août 2020)	Réalisée Réalisée Réalisée
Déploiement du programme Agir tôt (2.5)	Le projet consiste à renforcer le dépistage des potentielles difficultés ou retards de développement chez les enfants avant leur entrée à la maternelle, notamment en utilisant une plateforme numérique, et à rehausser l'offre de services d'intervention auprès de ces enfants et de leurs familles, dans le cadre des programmes suivants : • vaccination (détection et complétion d'un questionnaire par l'infirmière; • programme Jeunes en difficulté (JED) (stimulation précoce); • programme de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA- DP) (services spécifiques et spécialisés).	Dû le 30 janvier 2020	Réalisée
Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DI, un TSA ou une DP (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 DI-TSA-DP.	Dû le 29 octobre 2019 Dû le 3 juillet 2020	Réalisée Réalisée

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (suite)			
Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD (2.7)	Via un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.	Dû le 12 juin 2019	Réalisée
Affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques			
Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches (4.1)	Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS et 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.	Dû le 14 septembre 2020	En cours
État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (4.2)	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.	Dû le 30 juin 2020	Annulée (Cette attente a été retirée par le MSSS - Bulletin EGI vol.16, nº 12)
Contribuer au déploiement provincial de la télésanté (4.3)	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.	Dû le 29 octobre 2019 Dû le 24 juillet 2020	Annulée (Attente retirée par le MSSS - Bulletin EGI vol.15, nº 14) Réalisée
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)	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.	Dû le 30 septembre 2020	En cours

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Financement, infrastructures et budget			
Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (7.1)	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 diminuer de 2,4 % (80 % de 3 %) c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %. 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.	Dû le 7 août 2020	Réalisée
Coordination, planification, performance et qualité			
Sécurité civile (8.1)	Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit : • 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.	Dû le 14 septembre 2020	En cours
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.	Dû le 14 septembre 2020	En cours

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Coordination, planification, performance et qualité (suite)			
Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux (8.3)	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 : • 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.	Dû le 23 décembre 2019 Dû le 14 septembre	Réalisée En cours
Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (8.4)	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 conseil d'administration et ensuite transmis au MSSS (Ententes de gestion et Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise).	Dû le 31 mars 2020	Reportée (Cette attente a été reportée à une date ultérieure par le MSSS.) Malgré le report, cette attente est réalisée
Technologies de l'information			
Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité (9.2)	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. 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilité; 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	Dû le 30 juin 2020	Réalisée

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
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)	**77,5**	90	**76,8**
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	**98,5**	100	**99,0**
Commentaires : • Chirurgie reportée à la demande du chirurgien, qui jugeait que celle-ci n'était pas urgente dans le contexte. • Enjeux des lits disponibles en raison de la pandémie. • Nous avons remarqué que certains chirurgiens conservent les demandes de chirurgies pendant quelques semaines avant de les soumettre au bureau de programmation. C'est ce qui cause le retard à planifier leurs chirurgies. Une communication a été envoyée à tous les chirurgiens pour soumettre leurs demandes dès la signature du consentement et la confirmation de la chirurgie. • Un autre problème qui était en cours : Certains chirurgiens ne précisent pas que la chirurgie est un cancer sur la demande et, après quelques semaines, nous recevons l'information qu'il s'agit d'un cancer et doit être fait dans les délais normaux. Nous avons conseillé les chirurgiens sur l'importance de remplir correctement la demande et de cocher la case « cancer » si le patient est confirmé.			
Indicateur	**Résultat au 31 mars 2019**	**Engagement 2019-2020**	**Résultat au 31 mars 2020**
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
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)	**100**	100	**100**
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)	**66,7**	100	**66,7**

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales (suite)			
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)	**100**	100	**100**
Plan stratégique 15-20 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	**72,5**	80	**73,2**

Commentaires :

- Le maintien des bonnes pratiques de PCI et d'hygiène et salubrité dans la gestion des cas de C. Difficile permettent l'atteinte de ces résultats.
- La rigueur et le respect des bonnes pratiques contribuent au maintien des taux inférieurs au taux établi.
- L'Hôpital de Lasalle a identifié 2 bactériémies à SARM pour un taux de 0,96 cas / 10 000 jours-présence, alors que le taux d'incidence établi pour un même type d'installation est à 0,41 cas / 10 000 jours présence. Aucun lien épidémiologique n'a été établi entre les deux cas et aucune particularité n'est rapportée pour expliquer ce taux.
- Pour le taux d'hygiène des mains, malgré les efforts et les audits réalisés, l'atteinte de la cible établie (80 %) n'a pas été réalisée, mais le taux a tout de même connu une hausse en comparaison à l'année précédente.
- Les taux demeurent stables depuis les trois dernières années avec parfois une nette amélioration notamment pour le contrôle des DACD.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Soutien à domicile de longue durée			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	**NA**	880 471	**1 014 926**
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)	**5 920**	5 883	**5 744**
Plan stratégique 15-20 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	**59,2**	90	**54,2**

Commentaires :

- **1.03.05.01** : L'ajout de ressources humaines avec les investissements SAD a permis d'augmenter de façon significative l'intensité des services de notre clientèle.
- **1.03.11** : La mise en place de rencontres mensuelles entre les finances, la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées et l'équipe de performance ainsi que l'exercice de qualité des données nous ont permis d'obtenir des données précises. Nous continuons toutefois sur la même lancée afin de pouvoir atteindre la cible.
- **1.03.12** : Nous avons de la difficulté avec cet indicateur, bien que nous ayons mis en place une démarche clinique structurée et structurante sous le thème : une démarche clinique dynamique en accord avec le projet de vie de l'usager, et que nous utilisons les rapports qui ont été développés par l'équipe de performance de notre CIUSSS pour une utilisation provinciale. Les résultats sont suivis à toutes les périodes. Les intervenants invoquent le fait qu'ils priorisent des sorties d'hôpitaux plutôt que la rédaction de plan interdisciplinaire. Pour la prochaine période 2020-2021, un plan d'action sera mis en place et nous attribuerons un objectif à chaque intervenant ce qui contribuera à l'atteinte de la cible.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
Plan stratégique 15-20 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	**ND**	66,7	**ND**
Plan stratégique 15-20 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	**0**	100	**ND**
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	**33,3**	66,7	**ND**
Plan stratégique 15-20 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	**100**	100	**ND**
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	**66,5**	80	**67,3**
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	**87,8**	90	**87,3**

Commentaires :

- Si on exclut les CHSLD privés non conventionnés pour lesquels nous n'avons aucun contrôle sur les admissions, nous obtenons un résultat de 80,86 %, supérieur à la cible 80 %. 1.03.16-EG2
- Nous sommes proches de l'atteinte de la cible de 90 % avec 87,62 %. Ce résultat n'inclut toutefois pas le CHSLD Nazaire-Piché (à venir, nous avons de la difficulté à obtenir l'information par manque de ressources disponibles).

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Déficiences			
Plan stratégique 15-20 1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	**360,3**	156	**384,8**
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	**68,4**	90	**71,7**
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	**86,5**	98	**66,1**
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	**47,6**	90	**54,5**
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	**NA**	90	**36**
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	**90,9**	90	**80,3**
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	**NA**	606	**629**

Commentaires :

1.05.15-PS : La réorganisation des services spécialisés a permis que les clients soient pris en charge à un plus jeune âge. Ils reçoivent ainsi des services spécialisés pendant de plus longues périodes jusqu'à leur entrée scolaire. Cette façon de faire peut avoir un impact sur les temps d'attente d'autres enfants ne bénéficiant pas du service. Par ailleurs, la bonification de l'offre de services en première ligne, à la suite des investissements dans le cadre du programme *Agir tôt*, devrait réduire la pression sur les services spécialisés, puisque les enfants ne seront pas systématiquement référés en deuxième ligne comme c'était le cas auparavant.

1.45.04.01-EG2 : Les travaux en collaboration avec le MSSS sur la gamme des services en DI- TSA-DP (services spécialisés vs spécifiques) devraient permettre d'établir une trajectoire de services plus fluide pour la clientèle DP. Nous pouvons toutefois noter une légère amélioration qui pourrait être liée aux investissements reçus dans le cadre du

programme *Agir tôt* pour les enfants de 0-5 ans.

1.45.05.01-EG2 : La difficulté au niveau de la dotation de plusieurs postes de travailleurs sociaux (congé de maternité, départ à la retraite, etc.) est un facteur pouvant expliquer la diminution du taux de traitement des demandes dans les délais requis.

1.45.05.05-EG2 : Une légère amélioration est notée et nous allons nous assurer de la poursuite des mesures mises en place pour y contribuer. Plusieurs travaux sont en cours au sein de la direction pour une meilleure intégration des services spécifiques et spécialisés (même gestionnaire pour les deux équipes, implantation de la gamme de services).

1.45.45.05 : Nous allons faire l'analyse de la situation pour mieux comprendre cet indicateur et travailler sur des pistes d'amélioration.

1.46-PS : La diminution du pourcentage est attribuable aux informations en lien avec la planification des activités de jour ou en intégration au travail qui n'ont pu être validées pour certains jeunes adultes (non-obtention du consentement, pas de réponse du répondant, etc.).

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Dépendances			
Plan stratégique 15-20 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendances	**85,7**	90	88,1
Plan stratégique 19-23 1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendances	**1 026**	1 428	919

Commentaires :

- **1.07.06 :** Certaines formations pour la détection en dépendances dans le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées n'ont pas pu avoir lieu et ont été reportées en 2020-2021. Par ailleurs, le déploiement du nouveau service de proximité en dépendances a amené des changements dans les rôles et trajectoires de l'offre de services en dépendances, lesquels sont en cours de déploiement. La totalité du plan sera mis à jour à la rentrée d'automne, pour validation à la Direction générale et déploiement à 100 % pour 2020-2021.
- **1.07.07 :** Échanges avec le MSSS sur la source et la validité de la source des données antérieures. Nous ne sommes pas à même de reproduire l'extraction des données de la RAMQ qui a permis d'obtenir le résultat de 2018-2019 et, le cas échéant, apporter les correctifs. En attente du MSSS sur le moyen d'arriver à cette extraction et, le cas échéant, faire les corrections. Il faut tenir compte de l'impact de la COVID-19 sur les activités de détection et services de proximité. Les nouvelles ressources ajoutées par le MSSS en 2018-2019 et 2019-2020 (4,8 ETC) permettent de déployer une offre de services de proximité de 1re ligne en dépendances. Pour 2020-2021, nous allons revoir les mandats de détection en dépendances des différents services et programmes (SSG, SM, JED, SAPA, etc.) afin d'accroître le nombre de détections.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé mentale			
Plan stratégique 15-20 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	**306**	397	360
Plan stratégique 15-20 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	**360**	360	360

Commentaires :

- **1.08.13 :**
  - 3 postes (sur 4 prévus) ont été déployés en 2019-2020 à partir de la transformation de postes d'hôpital de jour (54 places). Le 4e poste, initialement prévu en 2019-2020, sera ajouté en avril 2020.
  - Il restera en cours 2020 à ajouter un dernier poste pour rejoindre la cible prévue de 397.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Urgence			
Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	**17,08**	12	18,44
Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	**159**	145	175
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	**57,8**	80	54,3
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	**45,0**	80	41,8

Commentaires :

- Dans le cadre du projet de la diminution des temps de séjours aux urgences, nous avons créé trois groupes de travail et proposé de développer les alternatives à l'hospitalisation au CIUSSS ODIM (1. Accueil clinique; 2. Accès 24 heures/5 jours; 3. Réorientation des patients non urgents P4 et P5) afin d'éviter une visite aux urgences. Nous avons également maintenant en poste un coordonnateur médical responsable de la fluidité des patients dans notre organisation.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Soins palliatifs et de fin de vie			
Plan stratégique 15-20 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	**845**	963	725
Plan stratégique 15-20 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	**29**	38	29
Plan stratégique 15-20 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	**15,2**	14,7	24,5

Commentaires :

- **1.09.45-PS** : Des travaux sont entamés avec l'arrondissement de Lasalle pour l'ouverture d'une résidence en soins palliatifs (9 lits à développer). Le projet sera finalisé en 2020-2021.
- **1.09.05-PS** : Nous demeurons sur la bonne voie d'atteindre la cible. Nous prévoyons démarrer un chantier sur les soins palliatifs (de l'offre de service à l'implantation) à domicile pour l'année 2020-2021. Plusieurs partenaires seront impliqués, notamment des médecins.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Services de première ligne			
Plan stratégique 15-20 1.09.25-PS Nombre total de GMF	**5**	6	6
Plan stratégique 19-23 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	**73,2**	85	74,5
Plan stratégique 19-23 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	**178 904**	189 088	189 489
Plan stratégique 15-20 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	**3**	4	3

Commentaires :

- **1.09.27-PS** : La cible provinciale de 85 % ne s'applique pas par région. Cette cible demeure toujours un enjeu à atteindre pour la région de Montréal.
- **1.09.48-PS** : À cause de la pandémie liée à la COVID-19, il y a eu un délai dans l'avancement de ce dossier.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Chirurgie			
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	**8**	0	26
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	**257**	197	544

Commentaires :

- À partir du 13 mars, nous avons annulé toutes les chirurgies électives dans les 3 centres hospitaliers en raison de la pandémie liée à la COVID-19. Nous ne faisions que les chirurgies oncologiques et les procédures d'urgence.
- En outre, nous avons encore quelques problèmes avec la non disponibilité qui n'est pas identifiée correctement dans le système. Des mesures correctives sont prises.
- Des critères et des directives sont en place pour gérer la liste d'attente, en tenant compte des enjeux que nous avons dans nos centres hospitaliers et en priorisant toujours les chirurgies oncologiques et les chirurgies d'urgence.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Imagerie médicale			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	**100**	100	100
Plan stratégique 15-20 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	**58,1**	80	51,8

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Imagerie médicale (suite)			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	**93,8**	100	94,8
Plan stratégique 15-20 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	**98,7**	100	97,9
Plan stratégique 15-20 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	**93,5**	100	93,8
Plan stratégique 15-20 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	**78,9**	100	86.9

Commentaires :

A. Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte :

- **1.09.34.04** : Un des six engagements est atteint à 100 %, soit les échographies obstétricales. Le résultat de 100 % démontre qu'il n'y a aucun enjeu de délai dans les 3 centres hospitaliers concernés. On doit noter que ce résultat est d'autant plus appréciable, car l'Hôpital de LaSalle et le Centre hospitalier de St. Mary sont deux centres d'obstétrique importants à Montréal, avec un volume très élevé d'échographies.
- **1.09.34.06, 1.09.34.07, 1.09.34.08** : Trois engagements sont atteints de 90 % à 100 %, soit les échographies mammaires, les « autres » échographies et les tomodensitométries.
  - Certains examens sont à très faible volume (échographies mammaires), alors le résultat par pourcentage est très volatile.
  - Les tomodensitométries ont vu une légère amélioration par rapport à l'année passée. Ce résultat est attribuable au remplacement de l'appareil et la possibilité d'utiliser l'ancien appareil maintenu en place lors de bris d'équipement et de maintenant préventive.
- **1.09.34.05 et 1.09.34.09** : Deux engagements sont atteints à moins de 90 %, soit les échographies cardiaques et la résonance magnétique.

Les facteurs qui expliquent les résultats pour la résonance magnétique sont les suivants :

- La plage horaire de soir demeure toujours fermée à l'Hôpital de LaSalle, en raison de la pénurie de technologues.
- Il y a une légère diminution dans les dernières semaines de l'année, car certains patients refusaient les examens en raison de la pandémie liée à la COVID-19. Ils préféraient passer leur examen une fois la pandémie terminée.
- Fermeture de plusieurs plages horaires durant l'année causée par le manque de technologues (maladie, vacances, etc.)
- Plusieurs examens compliqués nécessitant des injections ne peuvent pas avoir lieu le soir et les fins de semaine.

Les mesures correctives en place pour favoriser l'atteinte de ces engagements sont les suivantes :

- Recrutement de deux technologues spécialisés en résonance magnétique.
- Révision des protocoles des examens.
- Proposition d'extension des heures de couverture des technologues pour les injections.

Les facteurs qui expliquent les résultats pour les échographies cardiaques sont les suivants :

- Pénurie de technologues formés. La formation des technologues pour les échographies médicales est d'une durée de 2 mois, en plus d'une année d'expérience nécessaire à acquérir par la suite.
- Départ de technologues formés autonomes.
- Les enjeux de disponibilité des cardiologues pendant les échographies cardiaques.
- Vieillissement de la population de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et de la région de Vaudreuil et augmentation des demandes chez la population vulnérable.

Les mesures correctives en place pour favoriser l'atteinte de ces engagements sont les suivants :

- Un technologue est actuellement en formation à l'Hôpital général du Lakeshore
- Intensification du recrutement de technologues.
- Travaux en cours avec le chef médical de cardiologie pour trouver des solutions pour l'horaire des cardiologues.

B. Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente :

Deux des huit résultats ont connu une évolution négative par rapport à ceux de l'année précédente. Les principales raisons sont celles évoquées au point A.

- La pénurie de ressources humaines (technologues et médecins);
- L'annulation des rendez-vous par les patients en raison de la pandémie liée à la COVID-19;
- L'augmentation des demandes chez la population vulnérable.

C. Les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur :

En échographie cardiaque, la liste d'attente n'est pas épurée, car nous ne pouvons pas appeler le patient pour connaître s'il a passé son examen ailleurs. Dans la négative, on ne peut toujours pas lui offrir un rendez-vous.
Pour les autres examens, aucun problème connu en lien avec la qualité des données. Nous avons deux gestionnaires PACS qui travaillent à l'amélioration et à l'harmonisation de la qualité des données.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 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	**33,3**	100	33,3

Commentaires :

- Cible non atteinte dans 2 des 3 sites visés;
- Les travaux ont été interrompus pendant la pandémie liée à la COVID-19;
- Mesures mises en place pour corriger :
  - Relance du comité de travail;
  - Certains travaux ont été poursuivis par certains services afin d'être en mesure de partager avec le groupe de travail;
  - Rencontre virtuelle du comité de travail.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Ressources humaines			
Plan stratégique 15-20 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	**7,46**	7,42	7,04
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	**5,94**	5,49	6,68
Plan stratégique 15-20 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	**5,48**	4,02	5,57
Plan stratégique 19-23 3.05.03 - Ratio de présence au travail	**NA**	89,69	89,69

Commentaires :

3.01-PS : Ratio d'heures en assurance-salaire

- En plus des retombées positives des actions à plus long terme ayant été implantées lors des dernières années où toujours en cours d'implantation, plusieurs actions importantes en 2019-2020 ont permis d'atteindre la cible pour cette année, et d'en assurer la pérennité pour l'année à venir. La restructuration du service, l'ajout de personnel et la formation sont les principaux facteurs qui ont contribué à l'atteinte de l'objectif en assurance-salaire. L'évolution favorable du résultat est alignée avec l'engagement de service pris en début de période et démontre le lien causal avec les moyens mis en place.

3.05.02-PS : Taux d'heures supplémentaires

- La cible pour cet indicateur n'a pas été atteinte au moment de la présente reddition de comptes. Plusieurs mesures correctives ont été mises sur pied, en plus de celles des années passées et de celles mentionnées pour l'assurance-salaire, lesquelles se poursuivent et reprendront un rythme plus intense lorsque la pandémie liée à la COVID-19 permettra un certain retour aux activités normales. Les mesures implantées dans le cadre de la pandémie actuelle seront également revues et adaptées quand cela sera possible afin de soutenir l'atteinte de la cible de cet indicateur.

3.06.00-PS : Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante

- La cible pour cet indicateur n'a pas été atteinte au moment de la présente reddition de comptes. Plusieurs mesures correctives ont été mises sur pied, en plus de celles des années passées et de celles mentionnées pour l'assurance-salaire, lesquelles se poursuivent et reprendront un rythme plus intense lorsque la pandémie liée à la COVID-19 permettra un certain retour aux activités normales. Les mesures implantées dans le cadre de la pandémie actuelle seront également revues et adaptées quand cela sera possible afin de soutenir l'atteinte de la cible de cet indicateur.

3.05.03 : Ratio de présence au travail

- En plus des retombées positives des actions à plus long terme ayant été implantées lors des dernières années ou toujours en cours d'implantation, plusieurs actions importantes en 2019-2020 ont permis d'atteindre la cible pour cette année, et d'en assurer la pérennité pour l'année à venir. La restructuration du service, l'ajout de personnel et la formation sont les principaux facteurs qui ont contribué à l'atteinte de l'objectif en assurance-salaire. L'évolution favorable du résultat est alignée avec l'engagement de service pris en début de période et démontre le lien causal avec les moyens mis en place.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Multiprogrammes			
Plan stratégique 15-20 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	**49,1**	75	48,1
Plan stratégique 15-20 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	**30**	100	60 (Bulletin EGI vol.16, nº 18)

Commentaires :

7.01.00

- **SM :** Il n'est pas possible d'obtenir de données significatives et validées sur cet indicateur. À noter que les services de nature psychosociale qui alimentent cet indicateur se retrouvent dans les programmes Services sociaux généraux, Santé mentale, Jeunesse et Soutien à l'autonomie des personnes âgées. La Direction clinique services sociaux généraux du MSSS a confirmé le retrait de cet indicateur pour les prochaines années, pour des questions de pertinence et compte tenu des difficultés à obtenir des données fiables**.**
- **JED :** Nous avons déployé des efforts importants afin d'atteindre l'engagement, mais une pénurie de psychoéducateurs a nui à ces efforts. Lorsque nous décortiquons nos résultats dans le 5910 et que nous séparons les deux professions, soit travailleurs sociaux et psychoéducateurs, le pourcentage des premiers services dans un délai de 30 jours est d'une moyenne de 31,8 jours pour les travailleurs sociaux, ce qui constitue une amélioration.

Par contre, plusieurs postes de psychoéducateurs sont restés vacants, créant ainsi un bris de service. Par conséquent, la moyenne pour obtenir un premier service en psychoéducation est de 88 jours. De plus, un roulement de personnel cause une instabilité au sein des équipes (adaptation, orientation, formation, intégration des nouveaux employés)

- Le suivi des cas en psychoéducation pour les clients âgés entre 6 et 17 ans est généralement un deuxième service à la suite d'une référence interne par la travailleuse sociale impliquée dans le dossier. Des efforts importants continuent d'être déployés pour augmenter nos indicateurs de performance et favoriser un meilleur accès aux services.
- Lors de l'arrivée du programme *Agir tôt* dans le 5910, les dossiers qui ont été transférés dans nos services ont causé un impact sur notre liste d'attente, en plus d'augmenter les délais d'accès pour les usagers.
- Un projet pilote projet axé sur l'intégration des services de première ligne JED et de deuxième ligne EO, tel qu'énoncé dans la Directive ministérielle datée du 21 mai 2020 suit son cours, créant ainsi une trajectoire plus fluide pour la prestation de services. L'objectif de ce projet pilote est de créer un corridor se service entre JED et EO.
- Les activités de groupe se poursuivent (Triple P, Habiletés parentales) favorisant une réponse plus rapide et plus efficace aux besoins de nos clients.

Mesures en cours pour corriger :

- Nous continuons à travailler en étroite collaboration avec la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques, afin d'afficher rapidement les postes et rencontrer les candidats appropriés.
- Nous sommes en cours de révision de notre offre de service en psychoéducation dans le but d'engager des professionnels d'autres disciplines, tels que des éducateurs spécialisés.
- Nous avons établi une collaboration plus soutenue avec les organismes communautaires du territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal afin de bonifier nos interventions auprès des familles. Nous avons établi un partenariat avec la pédiatrie sociale pour les usagers de notre territoire.

- Un processus de révision est en cours avec notre service de la qualité et de la performance afin de mieux comprendre et appliquer la formule du MSSS, et ainsi permettre un suivi efficace et des corrections rapides.
- Faire une formation afin que les données soient entrées correctement dans le système dans le but d'éviter des erreurs qui faussent parfois nos résultats. Mise en place d'un meilleur encadrement pour assurer la qualité des données.
- **SAPA :** Cet indicateur regroupe plusieurs autres directions, notamment la DPSMD et la DPJ. La Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées est aussi impliquée à 33 %. La cible étant à 75 %, la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées aurait, pour sa part, atteint sa cible.

7.02.00 Itinérance : Certaines composantes de la Stratégie (étapes 6 et 8) n'ont pu être réalisées, l'outil de dépistage (IRIS) n'ayant pas été diffusé par le MSSS. Aucun établissement ne peut compléter le déploiement de la stratégie dans l'échéancier initial prévu. La cible est donc reportée par le MSSS.

Légende

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

AUTRES RÉSULTATS

Autres résultats pour certains indicateurs du Plan stratégique du MSSS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaires
Plan stratégique 19-23 1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	877	**1.08.16 :** Bien que la cible n'ait pas été indiquée dans l'EGI 2019-2020, le MSSS a fixé à 1 401 le nombre total d'usagers en attente de services. Il s'agissait d'une cible de réduction de 25 % de la liste d'attente, par rapport à la situation de la période de référence (P5= 1 868). Nous avons atteint nettement la cible (réduction de 53 %). Pour 2020-2021, le MSSS portera la cible de réduction à 50 % par rapport à la période de référence (934 usagers). Nous croyons pouvoir maintenir le résultat de 877 de 2019-2020.
Plan stratégique 19-23 1.03.05.06 - Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	15 220	Le nombre total de personnes ayant reçu des services de soutien à domicile en 2018-2019 était de 14 802.
Plan stratégique 19-23 1.03.05.05 - Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 079 770	Le nombre total d'heures de services de soutien à domicile en 2018-2019 étaient de 920 523.
Plan stratégique 19-23 1.06.19 - Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	37,3 (Bulletin EGI vol.16, n° 10)	Le 21 mai 2020, nous avons reçu une Directive ministérielle demandant aux services de 1re ligne JED de prioriser les dossiers de EO, soit en assignant les dossiers dès leur transfert en JED ou en faisant de la co-intervention entre JED et EO. Afin d'implémenter cette nouvelle directive, les deux départements ont participé à l'élaboration d'une marche à suivre et à un descriptif décrivant les interventions. Cette nouvelle façon d'intervenir assurera aux familles une continuité de services et contribuera à la réduction de la liste d'attente à EO.

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

L'AGRÉMENT

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est une organisation agréée par Agrément Canada.

La visite des séquences 1 et 2 d'Agrément Canada a eu lieu en novembre et décembre 2019. Pour faire suite aux recommandations émises, le développement et l'implantation de programmes et de pratiques harmonisés à travers le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en lien avec certaines pratiques organisationnelles sont en cours, notamment en ce qui concerne le bilan comparatif des médicaments, le programme de gérance des antimicrobiens, le plan de sécurité des usagers, la prévention de la congestion au service des urgences psychiatriques, la conformité aux pratiques d'hygiène des mains pour la clientèle inscrite, l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile, la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse et la sécurité liée aux pompes à perfusion.

Les directions travaillent activement pour préparer la prochaine visite d'agrément du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La consolidation d'une culture de sécurité est une priorité pour l'organisation.

LES ACTIONS

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents / accidents sont les suivantes :

- Politiques et procédures harmonisées en lien avec la déclaration et la divulgation implantées;
- Poste de conseiller cadre en gestion de risques créé;
- Assistance offerte aux directions de l'organisation en matière de déclaration et divulgation des événements;
- Suivi régulier avec les gestionnaires et les directions quant à la qualité des déclarations, la réalisation des analyses ainsi que le partage des recommandations;
- Soutien technique lié à l'utilisation du logiciel SISSS aux ressources privées et privées conventionnées situées sur le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- Déploiement des activités lors de la Semaine nationale de la sécurité des usagers;
- Élaboration et diffusion des outils de gestion intégrée des risques;
- Maintien et mise à jour d'une section intranet dédiée à la gestion des risques;
- Analyse des risques pour plusieurs projets organisationnels et certaines directions;
- Décentralisation de la saisie de la déclaration dans divers secteurs;
- Formation en gestion des risques, culture de sécurité, déclaration et divulgation des événements donnée à 237 personnes (personnel, gestionnaires, responsables de ressources résidentielles);
- Tournée des comités de gestion des directions organisée pour promouvoir la déclaration et la divulgation;
- Sondage organisé concernant la culture de sécurité.

LES PRINCIPAUX RISQUES MIS EN ÉVIDENCE AU MOYEN DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE

Le registre local des incidents et accidents fait état de 13 101 événements déclarés en 2019-2020, une croissance de 1 % comparativement à l'année précédente (12 970 événements). Il faut toutefois noter que les données pour l'année 2018-2019 incluent l'ensemble des données saisies, tandis que la saisie des données pour 2019-2020 est toujours en cours à la date de production du rapport.

Il faut noter que 1 174 événements déclarés sont des incidents (9 % par rapport à l'ensemble des événements). La nature des trois principaux types d'incidents mis en évidence est : traitement/intervention 394 (3 % du nombre total des événements déclarés), médication 310 (2,3 % de nombre total des événements déclarés), autres 234 (1,1 % du nombre total des événements déclarés).

Il y a eu 11 475 événements déclarés à titre d'accident (87,5 % par rapport à l'ensemble des événements). La nature des trois principaux types d'accidents mis en évidence est : chutes 5 659 (43,2 %), médication 2 040 (15,6 %) et autres 1 954 (15 %). La catégorie « autres » inclut : blessure d'origine connue et inconnue, fugue, automutilation, erreur liée au dossier, plaie de pression, etc.

Un nombre de 452 événements (3,4 %) n'a pas été catégorisé comme incident ou accident dans le registre local des incidents et accidents.

LES ACTIONS ENTREPRISES PAR LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET LES MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT

Le Comité de gestion des risques s'est réuni à quatre reprises du 1er avril 2019 au 31 mars 2020.

En 2019-2020, le Comité de gestion des risques du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a vécu les changements structurels. Afin d'assurer la représentativité de différents professionnels, le mandat du Comité a été révisé.

Le suivi des rapports trimestriels sur les incidents et accidents ainsi que des événements sentinelles et les mesures correctives s'y rattachant a été effectué lors des rencontres du Comité.

Le contenu des rapports trimestriels a été amélioré selon les suggestions des membres du Comité. Les indicateurs de suivi et de qualité ont été introduits pour suivre la dynamique du processus de déclaration et de divulgation des événements.

Le Comité de gestion des risques accorde son appui aux équipes du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui donnent l'opportunité à leur personnel d'assister aux formations concernant la déclaration, la divulgation et les concepts de gestion des risques.

De plus, les représentants des directions ont partagé l'expérience concernant les projets ayant un impact sur la sécurité des usagers.

Finalement, le service de la qualité, certification et gestion des risques a présenté l'information concernant le processus de gestion des risques : la formation sur la consolidation de la culture de sécurité, la production des rapports statistiques, les résultats du sondage sur la culture de sécurité et la cartographie du processus de suivi des recommandations du Comité de gestion des risques.

Le Comité a formulé les recommandations suivantes :

1. Assurer que les gestionnaires poursuivent les travaux de la complétion des analyses dans un délai de 14 jours après la déclaration;
2. Procéder à la décentralisation de la déclaration des événements (déclaration par application SISSS), selon la possibilité des services/unités;
3. Assurer le suivi des indicateurs de suivi et de la qualité du processus de déclaration et analyse de façon régulière;

4. Que toutes les directions du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal effectuent la révision des risques dont elles sont responsables, dans le plan de sécurité des usagers et tableau des risques organisationnels, et que le service de qualité, certification et gestion des risques soutienne les directions dans les démarches d'analyse et d'évaluation des risques en question.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a mis en place des mesures en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment et la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Celles-ci incluent :

- Le déploiement du projet organisationnel sur l'implantation du bilan comparatif des médicaments.
- Le déploiement du projet d'implantation du Programme québécois des soins sécuritaires en domaine de prévention et contrôle des infections.

LES PRINCIPAUX CONSTATS – APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS (ART 118.1 LSSSS)

- Grâce à la collaboration du bureau de projet, un comité de pilotage a été formé dans le but de coordonner l'ensemble des travaux (implantation du plan de déploiement du protocole, développement des outils de compilation des données, harmonisation de la saisie des données et intégration de la saisie des données de formation).
- Un document de familiarisation avec le contenu du protocole a été présenté aux différents gestionnaires concernés en utilisant un PowerPoint développé à cette fin. Un sondage a été réalisé auprès des chefs clinico-administratifs dans le but de déterminer les moyens pouvant faciliter le rehaussement de leur degré d'appropriation du protocole. Des rencontres ont eu lieu à chaque niveau de direction pour promouvoir l'organisation des séances de formation.
- En raison des mesures d'urgence résultant de la pandémie COVID-19, une conférence multidirectionnelle (*grand round*) qui devait avoir lieu le 19 mars 2020, a été reportée à une date ultérieure.
- Des consultations ont été réalisées auprès des différentes équipes impliquées dans le projet afin de développer un outil informatisé plus approprié aux besoins courants. Les paramètres utilisés tiennent compte des critères du sondage du ministère. Des unités pilotes ont testé sa fonctionnalité. La création d'un registre qui sera accessible sur l'intranet à l'intention du personnel est en cours.
- Le protocole a été communiqué à toutes les directions. Il est accessible dans les deux langues officielles. Une lettre d'information a été également envoyée à l'intention des médecins, des directeurs, des gestionnaires et des membres du personnel. Ces derniers ont aussi reçu un article informatif qui a été publié à leur intention dans une publication interne.
- Le dépliant bilingue qui a été imprimé sous forme de brochure et qui est intitulé: «Respect de la liberté individuelle et promotion de la sécurité : un défi à relever ensemble» est présentement accessible aux usagers et à leurs proches dans les différents services du CIUSSS. Une analyse comparative a été réalisée en consultant différents établissements en lien avec le déploiement des protocoles CIUSSS et CISSS. Selon les réponses obtenues, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal fait partie de ceux qui ont mis en œuvre les meilleures initiatives pour le déploiement du protocole.

- Un plan de pérennité de la formation a été entamé. Certains aspects du déploiement du protocole ont été retardés suite au délestage des activités cliniques dans le contexte de la pandémie. Toutefois, le protocole est connu et utilisé dans le CIUSSS, mais à échelle variable selon les sites et directions cliniques. La suite du processus est reportée à l'automne 2020.
- Nous mettons toujours l'emphase sur la diminution constante des mesures de contrôle et la promotion des mesures de remplacement. Nos statistiques pour l'année 2019-2020 témoignent d'une diminution progressive des mesures de contrôle dans toutes les missions du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Cette diminution est due à plusieurs facteurs, notamment, la sensibilisation des professionnels face à leurs obligations dans ce domaine, la formation offerte au personnel (51 séances), la promotion constante des mesures de remplacement ainsi que des approches thérapeutiques novatrices.
- Grâce à l'engagement de tout le personnel, en dépit des enjeux que présentent le mouvement du personnel, la pandémie et la pénurie d'effectifs, il est permis de conclure que nous arrivons à poursuivre les objectifs centrés sur le respect rigoureux des normes établies tout en veillant, sans relâche, à la promotion de la dignité des usagers. La formation et l'utilisation des mesures de remplacement constituent le fondement même de nos interventions et de notre vigilance.

LES MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT OU SON COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ SUITE AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LES INSTANCES SUIVANTES

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPSQ)

Conformément au Règlement sur la procédure d'examen des plaintes et en vertu du mandat confié au Comité de vigilance et de la qualité, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services présente de façon périodique à ce comité l'ensemble des mesures d'amélioration découlant de l'application de la procédure d'examen des plaintes.

Un suivi rigoureux de l'application de ces mesures d'amélioration est exercé auprès de chacune des instances et des directions concernées. Le dossier de plainte et d'intervention est fermé lorsque les mesures ont été réalisées. Une telle façon de faire s'inscrit dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des soins et des services rendus à l'usager et à ses proches.

Les mesures à portée systémique visent surtout l'adaptation des soins et services (ex. : ajout de services ou de ressources humaines, information et sensibilisation des intervenants, réduction du délai, amélioration des communications), l'adaptation du milieu et de l'environnement (ex. : ajustement technique et matériel, amélioration des mesures de sécurité et protection) et adoption / révision / application de règles et procédures (ex. : protocole clinique ou administratif).

Au moment de clore l'exercice 2019-2020, 34 % des mesures d'amélioration à portée systémique étaient en voie de réalisation. Parmi les 146 mesures d'amélioration, 97 mesures étaient réalisées, et 49 mesures étaient en voie de réalisation.

Voici quelques exemples des mesures d'amélioration mises en place :

- Pour la mission DPJ, une jeune s'est tournée vers le CPQS pour faire valoir son insatisfaction concernant le confort de son milieu de vie. Une pièce d'équipement du climatiseur était défectueuse et une pièce tardait à venir. Un rappel a été fait auprès de l'instance concernée et le problème a été corrigé dans des délais raisonnables.

- Pour la mission RPA, comme mesure d'amélioration des communications, la façon de noter les absences sera modifiée. Le résident devra noter lui-même dans un registre la date de sa sortie à l'extérieur de la ressource et signer. De plus, l'installation d'une affiche à la réception indique aux résidents et aux visiteurs comment communiquer avec un responsable.
- Pour la mission centre hospitalier, une rencontre s'est tenue avec le personnel de l'admission pour leur rappeler leur devoir de s'identifier et la nécessité de s'adresser aux usagers dans la langue choisie. Un code d'éthique a aussi été remis aux employés.
- Au service d'imagerie médicale, plan d'acquisition d'un système de reconnaissance verbale pour faciliter la transcription en imagerie médicale. Cette mesure aidera à réduire les délais pour obtenir les rapports d'imagerie.

Protecteur du citoyen

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu sept rapports du Protecteur du citoyen durant l'exercice 2019-2020, incluant un total de 22 recommandations. Les recommandations reçues à l'égard de différentes directions portent sur les thèmes suivants :

- Se doter d'une procédure afin que le Service d'archives assure le suivi des dossiers médicaux en tout temps lorsque ces derniers sont en consultation.
  - Suivi : Réalisé
- Rappeler au personnel infirmier du département d'obstétrique du Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) l'importance d'assurer une surveillance aux 15 minutes au chevet de l'usagère, pendant le premier stade de travail.
  - Suivi : Réalisé
- S'assurer que soit élaborée, pour l'Unité de psychiatrie du CHSM, une procédure à suivre en cas de plainte d'un usager visant un membre du personnel.
  - Suivi : Réalisé
- S'assurer d'informer le personnel visé de l'Unité de psychiatrie du CHSM de l'adoption de cette procédure afin qu'elle soit appliquée adéquatement.
  - Suivi : Réalisé
- Prendre les moyens nécessaires afin que soient informés les usagers des options qui s'offrent à eux lorsqu'ils se croient victimes d'incivilité, de harcèlement ou de violence au sein d'une installation.
  - Suivi : Réalisé
- Rappeler au personnel de l'Unité psychiatrique du CHSM le rôle du Protecteur du citoyen et la collaboration qui est attendue de sa part lors d'une enquête, notamment conformément à l'article 14 de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*.
  - Suivi : Réalisé
- S'assurer que le personnel soignant de l'Unité d'hospitalisation brève de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas installe les usagers évalués comme représentant un danger près du poste infirmier pour en assurer une meilleure surveillance.
  - Suivi : Réalisé
- Élaborer une procédure sur les mesures à mettre en place à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas dans les cas d'agression impliquant un usager;
  - Suivi : Réalisé

- Diffuser cette procédure aux gestionnaires, au chef de l'urgence et aux coordonnateurs de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.
  - Suivi : Réalisé
- Rappeler à l'ensemble du personnel soignant de ces installations (urgences et unités psychiatriques) que les gestes sexuels non consentants commis par un usager à l'endroit d'un autre usager ne doivent pas être banalisés et doivent faire l'objet d'une investigation, afin que les mesures nécessaires soient rapidement mises en place pour assurer la sécurité des usagers.
  - Suivi : Réalisé
- Effectuer une déclaration et une analyse de chacun des incidents et des accidents vécus par les résidents et résidentes.
  - Suivi : En cours
- Prendre les moyens nécessaires afin de rappeler aux intervenants l'application des mesures des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw consistant à consigner aux dossiers des usagers des notes complètes et détaillées de chaque intervention réalisée et d'élaborer un plan d'intervention, selon les échéanciers prescrits.
  - Suivi : Réalisé
- S'assurer que les effets personnels nécessaires à l'usager qui n'est pas en mesure de s'en occuper adéquatement soient l'objet d'une surveillance systématique par le personnel de l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore, notamment en:
    - élaborant une politique relative à la sécurité des effets personnels;
    - élaborant un formulaire d'inventaire des effets personnels incluant une liste des effets personnels nécessaires à l'usager.
  - Suivi : Réalisé
- S'assurer de l'application de la politique relative à la sécurité des effets personnels des usagers et de l'utilisation du formulaire d'inventaire des effets personnels, en fournissant le soutien nécessaire au personnel de l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore.
  - Suivi : Réalisé
- Revoir les éléments pertinents du Programme de prévention des chutes avec les professionnels concernés et les membres du personnel infirmier de l'Unité 3 Nord de l'Hôpital général du Lakeshore, dont les suivants :
    - évaluation post-chute;
    - surveillance post-chute;
    - circonstances de réévaluation du risque de chute;
    - identification de mesures préventives en fonction des facteurs de risques;
    - analyse interprofessionnelle post-chute.
  - Suivi : Réalisé
- Rappeler au personnel infirmier de l'Unité 3 Nord de l'Hôpital général du Lakeshore de prendre connaissance de l'ensemble du dossier, y compris des évaluations d'autres professionnels, au moment d'évaluer le risque de chute.
  - Suivi : Réalisé
- Rappeler au personnel de l'Unité 3 Nord de l'Hôpital général du Lakeshore d'utiliser la grille adéquate (soins court terme).
  - Suivi : Réalisé

- Modifier les grilles de surveillance (court terme et long terme) afin qu'elles permettent de faire état du type de mesure de contention appliqué à tout moment.
    - Suivi : Réalisé
- Poursuivre le déploiement du programme de formation sur les mesures de contrôle au sein de l'établissement.
    - Suivi : Réalisé
- S'assurer que le lavage des cheveux des usagers hospitalisés à l'Unité 3 Nord de l'Hôpital général du Lakeshore est effectué :
        - à la demande d'un usager ou de sa famille;
        - lorsque le séjour d'un usager se prolonge.
    - Suivi : Réalisé
- Déterminer la pratique à adopter concernant la fermeture de la bouche d'une personne décédée, en se basant sur les pratiques reconnues en matière de respect de la dignité des défunts.
    - Suivi : Réalisé
- Diffuser au personnel concerné, notamment à celui de l'Unité 4 Nord de l'Hôpital général du Lakeshore, la pratique à adopter concernant la fermeture de la bouche d'une personne décédée.
    - Suivi : Réalisé

Toutes les recommandations du Protecteur du citoyen ont été prises en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Coroner

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu quatre rapports du Coroner durant l'exercice financier 2019-2020, incluant un total de quatre recommandations. Ces recommandations, à l'égard de différentes directions, portent sur les thèmes suivants :

1. S'assurer que le CHSLD Herron respecte les conditions de certification en ce qui a trait à la santé et à la sécurité des usagers.
    - Suivis effectués :
        - Accompagnement du CHSLD Herron avant la visite ministérielle : deux visites de préparation et des suivis téléphoniques.
        - Soutien et accompagnement du CHSLD Herron après la visite ministérielle : rencontre avec les responsables du CHSLD Herron et révision du plan d'amélioration avant son envoi au MSSS.
        - Suivis pour chacune des redditions de comptes.
2. Poursuivre les travaux d'encadrement et d'accompagnement afin de rehausser et de mettre aux normes les soins et les services dispensés au sein du CHSLD Herron.
    - Suivis effectués :
        - Rencontre de suivi de la qualité des services effectuée par l'équipe de certification-assurance, en collaboration avec une spécialiste en gestion des risques et qualité de notre CIUSSS : revue des rapports d'incidents/accidents et vérification des recommandations formulées au CHSLD Herron.

- Observation de l'activité « repas » : les observations et les points à améliorer ont été discutés avec le directeur général et la directrice des soins infirmiers (DSI), notamment les formations en réanimation cardiorespiratoire et en secourisme général.
- Un plan d'amélioration a été mis en place par la DSI à cet effet.

3. Nous recommandons à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas de revoir ses protocoles de prise en charge, notamment pour l'inscription à la Clinique de dépression et pour son évaluation du risque auprès de personnes ayant plusieurs passages à l'acte à leur actif.
   - Suivis effectués :
     - Une évaluation a été menée par des intervenants ayant une solide expérience dans l'administration des outils de mesure des troubles psychiatriques et l'interprétation des résultats. Cette démarche a permis d'établir l'ordre de priorité pour l'attribution des consultations psychiatriques, tout en tenant compte du profil clinique des patients.
     - Une procédure de prise en charge des nouveaux patients a été mise en place à la Clinique de dépression.
4. Que le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal examine la qualité des soins prodigués à la patiente, du 9 au 20 septembre 2018.
   - Suivis effectués :
     - Le Comité de morbité-mortalité du site de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, lors de sa rencontre du 18 septembre 2019, a bien étudié le dossier mentionné, puis a formulé la recommandation de le rediriger vers le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), avec copie au Comité de l'évaluation de l'acte médical local, afin que la qualité de l'acte médical y soit évaluée.

Autres instances

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu en 2019-2020 un rapport d'inspection de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, incluant 29 recommandations. Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'assure du suivi de ces recommandations avec tous les intervenants concernés.

LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE SELON LA MISSION

La mission du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui est visée par l'article 6 ou l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001) est la mission CH. Il n'y a aucune mise sous garde pour les missions CHSLD, CLSC et CR dans notre établissement.

	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1346
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	207
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	207
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	744
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)	912

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le rapport complet de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services se retrouve au : www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/publications/rapports-et-bilans/#c45562.

PROMOTION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a poursuivi des efforts de visibilité à travers toutes les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et à l'extérieur. La troisième édition de sa campagne de visibilité a eu lieu du 6 au 24 mai 2019. Une quatrième campagne de visibilité est d'ailleurs prévue en octobre 2020. D'autre part, le Commissariat a fait de multiples présentations et suivis auprès du Comité de vigilance et de la qualité des services de notre organisation.

Faits marquants :

- Depuis le 1er avril 2019, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services assume de nouvelles responsabilités. Dorénavant, tout exploitant d'une résidence privée pour aînés (RPA) située sur notre territoire doit informer les personnes qui y résident de leur droit de formuler une plainte directement à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, à l'égard des services reçus et à recevoir. Cette obligation s'inscrit dans l'application du *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*. Ces responsabilités élargies s'ajoutent à celles qui lui ont été confiées, en 2017, pour contrer la maltraitance, conformément à la *Loi sur la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.
- Amélioration des délais de traitement des plaintes, et ce, malgré le transfert des responsabilités du traitement des plaintes en RPA.
- Participation au Mémoire déposé le 18 février 2020, à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec sur le projet de loi n°52. Une loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux, notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés, présentée par le Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec.

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Responsable de fournir aux citoyens des renseignements concernant les soins et services offerts sur son réseau local de services, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal déploie des actions de communication pour s'acquitter de sa mission. Ainsi :

Le site Web (www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca), mis en ligne dès juin 2015, est toujours très populaire, enregistrant cette année plus de 687 000 utilisateurs, soit 250 000 utilisateurs de plus que l'année dernière.

Cette plateforme numérique vise à faciliter l'accès aux soins et services. Elle permet également de mener des campagnes d'information ciblées afin de sensibiliser et d'informer la population du territoire sur des sujets d'intérêt, tels que la sensibilisation aux troubles de l'alimentation, la promotion des services de soutien en santé mentale (campagne « L'entourage compte »), l'alerte à différents virus comme la rougeole ou le coronavirus, la disponibilité de services psychosociaux lors des inondations printanières ou encore la promotion d'un guide pratique pour aider la population à frapper à la bonne porte selon ses besoins en santé. Les campagnes ministérielles de santé publique comme celle du cannabis, des conseils pour l'été, « Faites le bon choix » et grippe et gastro-entérite ont également été relayées. Par ailleurs, le site Web permet d'assurer une bonne visibilité au comité des usagers et des résidents, facilitant ainsi leur recrutement. Le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services bénéficie aussi d'une section dédiée, permettant à la clientèle de trouver facilement le mécanisme en place pour faire part de son niveau de satisfaction. Les partenaires profitent également d'une zone exclusive récemment mise à jour.

La ligne Info-CIUSSS (514 630-2123) et l'adresse courriel informations.comtl@ssss.gouv.qc.ca, publicisées auprès de la population du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal sont d'autres canaux de communication appréciés de la population, avec une moyenne chaque semaine de 25 appels téléphoniques et de 25 courriels pour des demandes de renseignement ou des commentaires.

De plus, toujours dans le but d'informer efficacement la population sur les services offerts, de soutenir les activités de ses équipes de santé publique et de promotion de la santé et des saines habitudes de vie, et pour recevoir les questions, les commentaires et les préoccupations des citoyens, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal utilise également activement les médias sociaux. À cet égard, plus de 590 publications ont été faites cette année, 38 campagnes publicitaires Facebook ont été déployées et plus de 400 messages ont été reçus.

Facebook
- 988 nouveaux abonnés cette année pour un total de 10 064
- Près de 7 000 utilisateurs uniques

Twitter
- 25 nouveaux abonnés cette année pour un total de 5 452
- 2 594 visites de profil

LinkedIn
- 3 108 nouveaux abonnés cette année pour un total de 10 775;
- 8 391 visiteurs uniques

Les 31 écrans dynamiques de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, des installations du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle et de l'Hôpital Sainte-Anne constituent aussi une source d'information pour la clientèle et la population.

En outre, la population est invitée à venir entendre les présentations des membres du conseil d'administration et à poser des questions lors de toutes les séances ordinaires du conseil. Cette invitation est faite au moyen d'avis publics publiés au moins 15 jours avant la date de la séance ordinaire.

Par ailleurs, la population et les partenaires communautaires ont été invités à la séance publique annuelle d'information, tenue le 15 novembre 2019, sous le thème « Citoyens, partenaires et CIUSSS : Ensemble pour le

bien-être et la santé de la population ». De plus, le président du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ont participé à plusieurs rencontres avec les partenaires, dont 29 avec les maires et députés.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal exerce son mandat de responsabilité populationnelle en partenariat avec les organismes communautaires, les municipalités, le réseau de l'éducation et, bien sûr, les citoyens, les usagers, les résidents et les vétérans.

Le citoyen/usager partenaire est un allié dans l'amélioration des soins et des services.

Au cours de l'année 2019-2020, 16 projets organisationnels ont intégré des citoyens partenaires et deux projets-pilotes, composés majoritairement de citoyens et de résidents, ont connu des résultats concrets liés à l'amélioration des services à la population.

Nos divers citoyens/usagers partenaires ont contribué à plus de 950 heures de travail non rémunérées à travers leur participation aux comités stratégique, tactique et opérationnel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

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

Dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie, et conformément au mandat que lui confie la PDG, le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) apporte un soutien clinique, administratif et éthique de proximité aux professionnels de la santé devant répondre à une demande d'aide médicale à mourir (AMM).

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1er avril 2019 au 31 mars 2020)

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 192
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	11
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	41
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	16
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	25 • 4 demandes dont l'usager est devenu inapte en cours de processus; • 10 demandes ne satisfaisant pas à la condition de l'article 26.6 de la Loi; • 6 demandes dont l'usager est décédé avant la fin du cheminement; • 5 demandes retirées par l'usager.

- Une rencontre du GIS a été effectuée pour chacune des demandes d'AMM jugée éligible.
- Un intervenant du GIS a accompagné l'équipe traitante dans chacune des demandes d'AMM.
- Un intervenant du GIS a effectué des rencontres suite à l'administration de l'AMM avec l'équipe traitante lorsque requis.

Conformément à son mandat, le GIS a apporté un soutien clinique, administratif et éthique de proximité aux professionnels de la santé devant répondre à une demande d'AMM. Il a accompagné les équipes de soins pour chacune des demandes d'AMM formulées. Afin de maintenir l'excellence du cheminement d'AMM au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le GIS s'est rencontré avant chacune des administrations d'AMM.

SECTION 7 – LES RESSOURCES HUMAINES

LE TABLEAU DES RESSOURCES HUMAINES

DÉNOMBREMENT DES EFFECTIFS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI

Nombre de personnes occupant un emploi dans l'établissement au 31 mars 2019* et nombre équivalents temps complet (ETC)

Catégorie d'emploi (MSSS, syndicale)	Nombre d'emplois au 31 mars 2019*	Nombre d'ETC en 2018-2019*
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 970	2 315
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 306	2 514
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 409	1 227
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 065	1 698
5 - Personnel non visé par la Loi 30	74	61
6 - Personnel d'encadrement	344	360
Total	**10 168**	**8 175**

*Dernière année disponible. Données fournies par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

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.

LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

11045168 - CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-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 supplémentaires**	**Total des heures rémunérées**
1 - Personnel d'encadrement	592 625	8 430	601 055
2 - Personnel professionnel	2 208 289	15 345	2 223 633
3 - Personnel infirmier	4 239 457	346 284	4 585 741
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	6 685 728	364 041	7 049 769
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 643 397	42 075	1 685 472
6 - Étudiants et stagiaires	8 790	119	8 909
Total 2019-2020	**15 378 285**	**776 295**	**16 154 580**
Total 2018-2019			**15 826 706**

Cible 2019-2020	**16 067 471**
Écart	**87 109**
Écart en %	**0,5 %**

La cible est établie à 16 067 471 heures travaillées. L'établissement l'a dépassée de 0,5 %, soit de 87 109 heures travaillées. Cet écart s'explique notamment par de nouveaux investissements et réorganisations de services actualisés en cours d'année, un volume plus élevé de clientèle et de prestation de services dans certains secteurs, et la poursuite des travaux pour l'actualisation de la lettre d'entente sur la stabilité des postes favorisant le rehaussement de postes.

SECTION 8 – LES RESSOURCES FINANCIÈRES

L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

DÉPENSES PAR PROGRAMMES – SERVICES

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	$	%
Programmes-services						
Santé publique	5 203 923	0,6 %	7 824 602	0,86 %	2 620 679	50,36 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	24 223 276	2,81 %	22 887 507	2,52 %	-1 335 769	-5,51 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet hébergement	148 586 607	17,22 %	127 113 157	13,97 %	-21 473 450	-14,45 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet soutien à domicile et autres	6 650 801	0,77 %	45 979 880	5,05 %	39 329 079	591,34 %
Déficience physique	5 820 262	0,68 %	9 756 991	1,07 %	3 936 729	67,64 %
Déficience intellectuelle et TSA	53 074 930	6,15 %	54 638 165	6 %	1 563 235	2,95 %
Jeunes en difficultés	71 197 014	8,25 %	79 347 555	8,72 %	8 150 541	11,45 %
Dépendances	0	0 %	100 701	0,01 %	100 701	0 %
Santé mentale	103 615 330	12,01 %	111 190 152	12,22 %	7 574 822	7,31 %
Santé physique	239 953 310	27,81 %	238 657 945	26,23 %	-1 295 365	-0,54 %
Programmes-soutien						
Administration	61 002 293	7,07 %	64 039 906	7,04 %	3 037 613	4,98 %
Soutien aux services	76 391 120	8,85 %	77 999 986	8,57 %	1 608 866	2,11 %
Gestion des bâtiments et des équipements	67 117 245	7,78 %	70 428 984	7,74 %	3 311 739	4,93 %
Total	862 836 111	100 %	909 965 531	100 %	47 129 420	5,46 %

Note : Lors de l'exercice précédent, soit en 2018-2019, les centres d'activités non exclusifs en soutien à l'autonomie des personnes âgées n'étaient pas séparés en deux volets : 1) volet hébergement, et 2) volet soutien à domicile et autres. Pour établir cette comparaison sur une même base de répartition que pour celle utilisée pour l'exercice courant 2019-2020, le montant de l'exercice précédent pour le volet hébergement devrait être réduit de 32 790 746 $, tandis que le montant de l'exercice précédent pour le volet soutien à domicile devrait être augmenté du même montant.

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur notre site Web au : www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca, pour plus d'information sur les ressources financières.

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2020, l'établissement a réalisé un déficit de 6 070 049 $ et n'a pas respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire. Le fonds d'exploitation termine en déficit de 5 040 669 $, alors que le fonds d'immobilisations est en déficit de 1 029 380 $. Le déficit du fonds d'immobilisations présenté est entièrement couvert par le solde de fonds, qui incluaient, à l'origine au 31 mars 2015, des surplus.

LES CONTRATS DE SERVICE

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2020

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique[1]	18	1 013 966,06 $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	119	47 833 470,85 $
Total des contrats de services	137	48 847 436,91 $

[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.

SECTION 9 – L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT				
Description des réserves, commentaires et observations	**Exercices financiers**	**Nature**	**Mesures Prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2019**
1	**2**	**3**	**4**	**5 6 7**
Signification des codes				
Colonne 3				**Colonne 5, 6 et 7**
R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire				R :pour réglé PR :pour partiellement réglé NR :pour Non réglé
PARTIE AS-471 (p.140)				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers				
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats location-acquisition (CROM - Batshaw-ODI-DLL).	2011-12	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats location-acquisition avec la SQI présentement traités comme des contrats de location exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 '' Immobilisations corporelles louées'' du Manuel du CPA Canada. Le MSSS a annoncé qu'il y aurait un transfert de propriété des immeubles de la SQI vers les établissements. Voir lettre du MSSS du 30 juillet 2018 signée par M.	NR

			François Dion #réf. 18-FI-00733 (information à venir). A ce jour, nous n'avons pas été contactés par la SQI ni le MSSS.	
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées				
5910–Services psychocociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille **5930-Services ambulatoires de santé mentale en première ligne** **6173-Soins infirmiers à domicile régulier et** **6531- Aide à domicile régulière** L'unité de mesure « B) L'usager » n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF) pour ces sous-centres d'activités. Aucune procédure, ni contrôle ne permet de s'assurer qu'un même usager ne soit pas compilé plus d'une fois au sein des différents sites de l'établissement, étant donné que les systèmes des différents sites ne sont pas intégrés.	2015-2016 2018-2019 (CA 5910 et 5930)	R	Nous avons travaillé activement à la résolution de cet enjeu. Pour l'exercice financier 2019-2020, nous sommes en mesure de satisfaire aux exigences pour les SCA 5910-5930-6173-6531. Nous considérons donc cette déficience réglée. Cependant, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.	R
6302 – Consultations externes spécialisées La compilation du l'unité de mesure « A) La visite » n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF) pour ce sous-centre d'activités. Le processus de compilation n'est pas uniforme au sein de l'établissement quant à la	2018-19	R	La situation décrite sera résolue lors de la fusion des bases de données. Pour le SCA 6302, il n'existe pas de système d'information pour tous les services. Nous ne sommes donc pas en mesure de croiser l'information. Pour calculer les résultats, nous	NR

façon de considérer ce que constitue une visite pour un problème différent. Aucune procédure, ni contrôle ne permet de s'assurer qu'une seule visite est compilée pour un patient qui pourrait se présenter aux différents sites de l'établissement pour un même problème, dans une même journée, entrainant ainsi un risque de surévaluation de l'unité de mesure.			recevons directement les valeurs calculées par le service clinique concerné, sans possibilité de croiser avec nos autres systèmes. Nous sommes tributaires de l'ajout de système d'information clinique approprié dans les différents services selon le plan des actifs informationnels de la DRIGBM. Cependant, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.	
6307 – Services de santé courants La compilation de l'unité de mesure « A) La visite » n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF) pour ce sous-centre d'activités. Aucune procédure ni contrôle ne permet de s'assurer qu'une seule visite est compilée pour un patient qui pourrait se présenter aux différents sites de l'établissement dans une même journée, entrainant ainsi un risque de surévaluation de l'unité de mesure	2017-18	R	La situation décrite sera résolue lors de la fusion des bases de données. Pour le SCA6307, il n'existe pas de système d'information pour tous les services. Nous ne sommes donc pas en mesure de croiser l'information. Pour calculer les résultats, nous recevons directement les valeurs calculées par le service clinique concerné, sans possibilité de croiser avec nos autres systèmes. Nous sommes tributaires de l'ajout de système d'information clinique approprié dans les différents services selon le plan des actifs informationnels de la DRIGBM. Cependant, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.	NR

6870 – Physiothérapie L'unité de mesure « A) Heures de prestation de service » n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF) pour ce centre d'activités. Je n'ai pas été en mesure de retracer le document de base attestant de la réalité des heures de prestations et aucune révision ou approbation du document de base n'est en place. Pour l'unité de mesure « B) Jour-traitement », il n'y avait aucune révision ou approbation du document de base servant à la compilation.	2017-2018	R	Le document de base sera conservé et approuvé. Consultation des gestionnaires concernés afin que les heures de prestations soient inscrites aux notes d'évolution et/ou agendas des professionnels et qu'ils approuvent l'inscription de ces heures périodiquement. .Nous considérons donc cette déficience réglée. Cependant, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.	R
7644 – Hygiène et salubrité – Tâches opérationnelles La compilation du l'unité de mesure « A) Le mètre carré » n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF) pour ce sous-centre d'activités. Je n'ai pas été en mesure de retracer le document de base attestant de la réalité des mètres carrés.	2018-2019	R	Cette situation est connue: pour certains bâtiments, les documents attestant les dimensions sont inexistants. Notre établissement prévoit une réévaluation des dimensions de tous ses bâtiments par une firme d'architectes dans un avenir rapproché (automne 2020). Nous allons inscrire la demande comme un projet d'immobilisation. .Une fois l'approbation du MSSS reçue, nous allons mandater des professionnels pour valider les superficies et volumes manquants pour l'ensemble de nos bâtiments. Cependant, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.	NR

7703 – Fonctionnement des installations – Autres La compilation de l'unité de mesure « A) Le mètre cube » n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF) pour ce sous-centre d'activités. Je n'ai pas été en mesure de retracer le document de base attestant de la réalité des mètres cubes. Également, au cours de l'exercice un changement de mètres cubes a été relevé et le calcul unitaire n'a pas été établi proportionnellement au temps d'utilisation. Finalement, la présentation de ce sous-centre d'activité n'est pas conforme au MGF puisque les frais des locaux loués sont inclus, et ce, malgré le fait que le loyer inclut les frais de fonctionnement.	2017-2018	R	Cette situation est connue: pour certains bâtiments, les documents attestant les dimensions sont inexistants. Notre établissement prévoit une réévaluation des dimensions de tous ses bâtiments par une firme d'architectes dans un avenir rapproché (automne 2020). Nous allons inscrire la demande comme un projet d'immobilisation. Une fois l'approbation du MSSS reçue, nous allons mandater des professionnels pour valider les superficies et volumes manquants pour l'ensemble de nos bâtiments. Cependant, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.	NR
AUDITEUR				
Déficiences relevées				
Le CIUSSS n'a pas mis en place une procédure interne d'alerte (whistleblowing) pour évaluer les plaintes des parties prenantes sur la comptabilité, les processus internes ou la présentation de l'information financière. L'établissement devrait établir un processus pour recevoir, évaluer et conserver ces plaintes et pour y répondre de façon à protéger les parties prenantes.	2015-16	O	Depuis le 1er septembre 2019, le CIUSSS a un numéro de téléphone sans frais pour la ligne de signalement téléphonique et une adresse courriel. Une plateforme web est aussi disponible. C'est la firme KPMG qui administre ces canaux de communication. La politique sur la divulgation des actes répréhensibles du CIUSSS est en cours d'approbation.	R
Il n'existe pas de politiques et procédures documentées	2015-16	O	La procédure a été adoptée au CCO du 22	R

sur l'octroi et l'utilisation des cartes de crédit dans les établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.			janvier 2020 et est maintenant mise en application.	
Il n'existe pas à l'intérieur des systèmes d'appro-visionnement de contrôles informatisés permettant de respecter les niveaux de délégations autorisés par les politiques, règlements et directives de l'établissement ni une reddition de compte automatique. La mise en place de ce type de contrôle permet de s'assurer que les contrôles opérationnels sont appliqués comme prévu et de donner une assurance sur le respect de la Politique de gestion contractuelle concernant la conclusion de contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction des organismes publics du réseau de la santé et des services sociaux. Sans contrôles de suivi appropriés, les contrôles opérationnels tendent à devenir inefficaces au fil du temps	2015-16	O	À notre meilleure connaissan-ce, il n'y a pas eu de déro-gation à la loi. Nous sommes d'accord que plusieurs contrôles opération-nels ne sont pas automatisés, ce qui rend les processus non optimaux (formulaire papier). Les processus de contrôle interne et d'automatisation sont en place. Ainsi, tous les cadres ont les niveaux d'autorisation établis. Un groupe de travail est en place pour élaborer et évaluer des solutions. La solution en évaluation est de développer et déployer le logiciel Octopus pour remplacer le formulaire papier et pour gérer la chaîne d'approbation. Pour le moment, cette initiative est en évaluation de financement. L'objectif sera de mettre cette initiative en place à l'intérieur de 12 mois suite à l'autorisation du financement et des conditions requises pour développer et déployer cette solution. Nous sommes également en évaluation d'une solution alternative plus simple et rapide. La solution consiste à faire le processus de demande d'achat en deux étapes. Une première étape où le	NR

			requérant demande une autorisation de sollicitation pour répondre à un besoin. Et une deuxième étape où la réquisition est complétée dans GRM suite au processus de sollicitation. De plus, un module de reddition de compte est disponible dans le système. Le module est toujours en évaluation. Nous allons déterminer si le module répond à nos besoins et valider la disponibilité budgétaire au cours 2020-2021.	
Au cours de nos travaux d'audit, notamment par discussions avec la direction et les responsables de la gouvernance, nous avons constaté que le CIUSSS n'avait pas de processus pour repérer, évaluer et répondre aux risques internes et externes. Si ces risques ne sont pas repérés, il se peut que le CIUSSS ne puisse prévenir un évènement ou une éventualité ni réagir à temps. En outre, cette situation pourrait avoir des répercussions sur l'information financière.	2016-17	C	Un tableau des risques organisationnels a été élaboré et est régulièrement mis à jour par la direction adjointe qualité, gestion des risques et éthique. Ce tableau des risques organisationnels est suivi par la Table des cadres supérieurs.	R
Présentation des obligations contractuelles liées aux ententes avec les RI et les RTF La détermination des obligations contractuelles découlant des ententes avec les ressources intermédiaires (RI) et les	2017-18	O	Un travail de collaboration sera formalisé pour assurer la qualité de l'information saisie à la source par les différentes directions dont Direction jeunesse, SAPA, DI-TSA, DSMD et DLOG, entre autre	PR

ressources de type familial (RTF) découle actuellement d'un processus estimatif et peu précis. En effet, lors de notre audit, nous avons constaté que la direction ne tenait pas compte adéquatement des dates réelles d'échéance et de renouvellement des différentes ententes auprès de ces ressources. Une partie appréciable de la population était plutôt soumise à un calcul global sur 3 ans et ce, peu importe les caractéristiques propres aux contrats en place. À la suite à notre intervention et après une analyse approfondie de la direction, une correction de l'ordre de 43,3 M$ a été apportée aux états financiers de l'exercice se terminant le 31 mars 2018.			pour l'inscription des nouveaux contrats, des prolongations, des dates de début et de fin et de façon plus spécifique pour les familles d'accueil de proximité.	
DÉFICIENCES TI RELEVÉES				
Déficiences TI relevées – Gérer l'accès				
Paramètres de gestion des mots de passe : Certains paramètres de mots de passe sont à améliorer, tels que : •Pour les environnements AD Windows (comtl) et GRH-Paie, le changement forcé du mot de passe est à 365 jours; •Pour les applications GRF et GRM, aucune complexité obligatoire de mot de passe ni d'historique de dernier mot de passe; •Pour l'application GRF, la	2017-18	O	Pour GRH-paie, nous sommes en attente d'une nouvelle version du fournisseur de système pour répondre à cet enjeu. Le fournisseur n'a pas encore confirmé la date à laquelle la fonctionnalité sera disponible. Pour GRF, l'application ne permet pas les paramètres de mots de passe complexes. Nous avons procédé à l'instauration de LDAP en 2019-2020 pour	PR

longueur minimale de mot de passe est de six Caractères (la longueur maximale étant de huit caractères) •Pour l'application GRM, il n'y a pas de longueur minimale de caractères.			satisfaire au critère des mots de passe complexes. Pour GRM, les paramètres de mots de passe sont tous appliqués (complexité, longueur, changement périodique).	
Gestion des accès : La gestion des accès visant les applications dans la portée de notre audit* n'est pas uniforme en ce qui concerne la documentation formelle des demandes et des autorisations lors des octrois, modifications ou retraits des droits d'accès. Par ailleurs, il n'y a pas de processus de révision formel et documenté des codes d'utilisateurs et des droits d'accès. Cette situation augmente le risque d'accès non autorisé et de transactions non autorisées dans les systèmes. Un document intitulé ''Procédure Gestion des accès'' présente quelques lignes directrices pour mettre en place un processus de gestion des accès. * GRF, GRH-paie, GRM et SIRTF	2017-18	O	La politique de gestion des accès a été approuvée en décembre 2019. La politique est actuellement diffusée sur l'intranet. Le plan de sensibilisation et formation à la sécurité de l'information comprend des activités de diffusion des nouvelles politiques adoptées en regard de la sécurité de l'information.	PR
Déficiences TI relevées - Surveiller l'accès aux systèmes informatique				
Nous avons constaté qu'il n'y a pas d'approche structurée à l'égard de la surveillance des journaux Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.	2015-16	O	Nous avons réalisé un pilote permettant de tester un processus de base de surveillance de journaux et d'évaluer un outil SIEM (Security Information and Event Management). Un rapport a été déposé incluant des recommandations et des	PR

			rapports de contrôle disponibles. L'application des recommandations du rapport nécessite l'affectation de nouvelles ressources humaines au niveau opérationnel de la sécurité de l'information. L'évaluation des ressources requises a été faite pour les environnements financiers. L'évaluation financière reliée à l'acquisition de ce type de solution est à faire. Selon les ressources nécessaires à l'exécution de ce projet, les travaux pourraient être réalisés au courant de l'année financière 2020-2021 Un outil sera implanté et fonctionnel pour les systèmes GRF-GRM-GRH et Paie au 30 avril 2020	
Déficiences TI relevées - Continuité des opérations TI				
Nous avons constaté qu'il n'y a pas de plan de relève formellement documenté et testé. Risque que les opérations de l'organisation soient affectées à la suite d'une situation imprévue. De plus, il y a un certain risque de perte de données sensibles.	2015-16	O	Des travaux sont en cours pour l'implantation d'un plan de relève. Les systèmes Paie-RH et GRF-GRM possèdent chacun leur serveur. Chaque serveur agira comme « backup » de l'autre. L'infrastructure est installée. Les travaux de positionnement et de mise en place des environnements de redondance sont débutés depuis le mois de	PR

			septembre 2019. Les environnements priorisés sont ceux de GRF, GRM et GRH. Les travaux sont en cours de réalisation	

SECTION 10 – LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Le CIUSSS offre la possibilité à tous ses employés et fournisseurs, témoins ou informés d'une situation pouvant constituer un acte répréhensible, de communiquer leurs préoccupations au CIUSSS de façon anonyme et confidentielle par le biais d'une adresse courriel unique, un numéro de téléphone sans frais et une plateforme Web. La politique sur la divulgation d'actes répréhensibles a été rédigée, mais son adoption a été reportée dû au contexte d'urgence sanitaire. Conséquemment, le CIUSSS a identifié la direction adjointe de la qualité, performance et expérience client comme responsable du processus. La Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) et la Direction des ressources financières (DRF) sont des collaborateurs.

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]	34	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1)[2]	Sans objet	36	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin, en application du paragraphe 3 de l'article 22		33 (3 en cours d'examen)	
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		2 en cours d'examen	2 en cours d'examen
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		1 en cours d'Examen	1 en cours d'Examen
✓ 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		4 (3 en cours d'examen)	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés		Sans objet	0 (3 en cours d'examen)
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23[3]	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.

ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Ministère de la Santé
et des Services sociaux

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
EN VERTU DE LA
***LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF* (chapitre M-30)**

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

15 JUIN 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE **66**

Section 1 — Dispositions générales **66**
Section 2 — Principes d'éthique et règles de déontologie **69**
Section 3 — Conflit d'intérêts **72**
Section 4 — Application **73**

Annexe I – Engagement et affirmation du membre **78**
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance **79**
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre **80**
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général **81**
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts **82**
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts **83**
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen **84**

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;

b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;

d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;

e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

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

2. FONDEMENT LÉGAL

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme (RLRQ, chapitre T-11.011).
- Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c C-12.

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[1].

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.

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

SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

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

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

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

8. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- 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 è l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

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

SECTION 4 – APPLICATION

16. ADHÉSION AU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

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

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

17. COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

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

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;

b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;

c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;

d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;

e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;

g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;

h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;

i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

18. COMITÉ D'EXAMEN *AD HOC*

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

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

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

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;

c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

19. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

a) un état des faits reprochés;

b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;

c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;

d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

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

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

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

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

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

20. NOTION D'INDÉPENDANCE

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

21. OBLIGATIONS EN FIN DU MANDAT

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

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

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

COORDONNÉES DU BUREAU D'ÉLECTION

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

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

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

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

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

ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

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

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

☐ 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 _____ 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 _____ 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, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, 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, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, 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**

ANNEXE 2 – STATISTIQUES – DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

SIGNALEMENTS TRAITÉS DURANT L'ANNÉE

		2017-2018							2018-2019							2019-2020							
		0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	% aug.
Signalements non retenus	Fille	188	273	190	152	5	808	49.6%	233	332	245	184	5	999	48.0%	262	380	292	204	6	1 144	48.0%	
	Garçon	194	368	147	96	4	809	49.7%	250	490	212	122	2	1 076	51.7%	292	503	277	161	6	1 239	51.9%	
	Inconnu	5	5	0	1	0	11	0.7%	4	1	0	0	0	5	0.3%	1	1	1	0	0	3	0.1%	
	Total	**387**	**646**	**337**	**249**	**9**	**1 628**	**45.1%**	**487**	**823**	**457**	**306**	**7**	**2 080**	**51.7%**	**555**	**884**	**570**	**365**	**12**	**2 386**	**58.9%**	**14.7%**
Signalements retenus	Fille	348	387	157	99	1	992	50.1%	319	354	201	101	3	978	50.3%	251	341	158	59	4	813	48.9%	
	Garçon	347	448	120	61	9	985	49.8%	370	422	112	54	8	966	49.7%	319	350	125	52	4	850	51.1%	
	Inconnu	2	0	0	0	0	2	0.1%	1	0	0	0	0	1	0.1%	0	0	0	0	0	0	0.0%	
	Total	**697**	**835**	**277**	**160**	**10**	**1 979**	**54.9%**	**690**	**776**	**313**	**155**	**11**	**1 945**	**48.3%**	**570**	**691**	**283**	**111**	**8**	**1 663**	**41.1%**	**-14.5%**
Signalements traités	Fille	536	660	347	251	6	1 800	49.9%	552	686	446	285	8	1 977	49.1%	513	721	450	263	10	1 957	48.3%	
	Garçon	541	816	267	157	13	1 794	49.7%	620	912	324	176	10	2 042	50.7%	611	853	402	213	10	2 089	51.6%	
	Inconnu	7	5	0	1	0	13	0.4%	5	1	0	0	0	6	0.1%	1	1	1	0	0	3	0.1%	
	Total	**1 084**	**1 481**	**614**	**409**	**19**	**3 607**	**100.0%**	**1 177**	**1 599**	**770**	**461**	**18**	**4 025**	**100.0%**	**1 125**	**1 575**	**853**	**476**	**20**	**4 049**	**100.0%**	**0.6%**

SIGNALEMENTS RETENUS PAR PROBLÉMATIQUE

		2017-2018							2018-2019							2019-2020						
Problématiques		**0-5**	**6-12**	**13-15**	**16-17**	**Inconnu**	**Total**	**%**	**0-5**	**6-12**	**13-15**	**16-17**	**Inconnu**	**Total**	**%**	**0-5**	**6-12**	**13-15**	**16-17**	**Inconnu**	**Total**	**%**
Abandon	Fille	1					1	20.0%		1	1	3		5	62.5%	1		1	2		4	40.0%
	Garçon	1	2	1			4	2.2%			3			3	1.5%	3		2	1		6	3.9%
	Inconnu																					
Total Abandon		**2**	**2**	**1**			**5**	**0.3%**		**1**	**4**	**3**		**8**	**0.4%**	**4**		**3**	**3**		**10**	**0.6%**
Abus physique	Fille	34	93	42	16		185	44.5%	30	94	50	24	1	199	48.4%	13	94	33	12		152	47.5%
	Garçon	43	149	21	14	3	230	55.3%	52	127	24	8	1	212	51.6%	37	102	23	6		168	52.5%
	Inconnu	1					1	0.2%														
Total Abus physique		**78**	**242**	**63**	**30**	**3**	**416**	**21.0%**	**82**	**221**	**74**	**32**	**2**	**411**	**21.1%**	**50**	**196**	**56**	**18**		**320**	**19.2%**
Risque sérieux d'abus phys	Fille	21	16	5	4		46	50.5%	33	20	5	1		59	54.6%	10	15	8			33	55.9%
	Garçon	23	17	2	2	1	45	49.5%	26	20	1	2		49	45.4%	13	8	3	2		26	44.1%
	Inconnu																					
Total Risque sérieux d'abus physique		**44**	**33**	**7**	**6**	**1**	**91**	**4.6%**	**59**	**40**	**6**	**3**		**108**	**5.6%**	**23**	**23**	**11**	**2**		**59**	**3.5%**
Abus sexuel	Fille	9	25	17	12		63	74.1%	11	15	10	8		44	83.0%	6	20	21	6		53	76.8%
	Garçon	6	9	4	3		22	25.9%	4	3		2		9	17.0%	3	10	3			16	23.2%
	Inconnu																					
Total Abus sexuel		**15**	**34**	**21**	**15**		**85**	**4.3%**	**15**	**18**	**10**	**10**		**53**	**2.7%**	**9**	**30**	**24**	**6**		**69**	**4.2%**
Risque sérieux d'abus sexu	Fille	13	13	8	6		40	54.8%	7	10	3	1		21	46.7%	16	18	6	2	2	44	58.7%
	Garçon	13	14	5	1		33	45.2%	11	11		1	1	24	53.3%	12	15	2		2	31	41.3%
	Inconnu																					
Total Risque sérieux d'abus sexuel		**26**	**27**	**13**	**7**		**73**	**3.7%**	**18**	**21**	**3**	**2**	**1**	**45**	**2.3%**	**28**	**33**	**8**	**2**	**4**	**75**	**4.5%**
Mauvais traitements psycho	Fille	147	127	32	19		325	54.0%	128	121	41	21	1	312	48.1%	106	99	26	11		242	47.7%
	Garçon	136	110	25	4	2	277	46.0%	167	134	23	10	2	336	51.8%	127	104	25	9		265	52.3%
	Inconnu								1					1	0.2%							
Total Mauvais traitements psychologiques		**283**	**237**	**57**	**23**	**2**	**602**	**30.4%**	**296**	**255**	**64**	**31**	**3**	**649**	**33.4%**	**233**	**203**	**51**	**20**		**507**	**30.5%**
Négligence	Fille	42	45	11	7		105	42.3%	43	40	26	10	1	120	47.1%	40	43	28	5		116	46.0%
	Garçon	48	77	14	3	1	143	57.7%	43	72	14	5	1	135	52.9%	51	58	17	9	1	136	54.0%
	Inconnu																					
Total Négligence		**90**	**122**	**25**	**10**	**1**	**248**	**12.5%**	**86**	**112**	**40**	**15**	**2**	**255**	**13.1%**	**91**	**101**	**45**	**14**	**1**	**252**	**15.2%**
Risque sérieux de négligen	Fille	81	61	11	9	1	163	51.7%	67	47	19	6		139	55.4%	59	45	15	5	2	126	49.6%
	Garçon	77	58	10	4	2	151	47.9%	67	36	5	1	3	112	44.6%	73	39	13	2	1	128	50.4%
	Inconnu	1					1	0.3%														
Total Risque sérieux de négligence		**159**	**119**	**21**	**13**	**3**	**315**	**15.9%**	**134**	**83**	**24**	**7**	**3**	**251**	**12.9%**	**132**	**84**	**28**	**7**	**3**	**254**	**15.3%**
Troubles de comportement	Fille		7	31	26		64	44.4%		6	46	27		79	47.9%		7	20	16		43	36.8%
	Garçon		12	38	30		80	55.6%		19	42	25		86	52.1%		14	37	23		74	63.2%
	Inconnu																					
Total Troubles de comportement sérieux			**19**	**69**	**56**		**144**	**7.3%**		**25**	**88**	**52**		**165**	**8.5%**		**21**	**57**	**39**		**117**	**7.0%**
Total	Fille	348	387	157	99	1	992	50.1%	319	354	201	101	3	978	50.3%	251	341	158	59	4	813	48.9%
	Garçon	347	448	120	61	9	985	49.8%	370	422	112	54	8	966	49.7%	319	350	125	52	4	850	51.1%
	Inconnu	2					2	0.1%	1					1	0.1%							
TOTAL		**697**	**835**	**277**	**160**	**10**	**1 979**	**100.0%**	**690**	**776**	**313**	**155**	**11**	**1 945**	**100.0%**	**570**	**691**	**283**	**111**	**8**	**1 663**	**100.0%**

PROVENANCE DES SIGNALEMENTS TRAITÉS

	2017-2018				2018-2019				2019-2020			
Signalements	**Non retenu**	**Retenu**	**Total**	**%**	**Non retenu**	**Retenu**	**Total**	**%**	**Non retenu**	**Retenu**	**Total**	**%**
Milieu familial												
Parent	149	90	239	6.2%	180	74	254	5.8%	164	71	235	5.1%
Fratrie	44	59	103	2.7%	39	46	85	1.9%	25	49	74	1.6%
Enfant lui-même	2	6	8	0.2%	6	3	9	0.2%	7	4	11	0.2%
Conjoint du parent	5	1	6	0.2%	7	2	9	0.2%	2	2	4	0.1%
Total Milieu familial	**200**	**156**	**356**	**9.2%**	**232**	**125**	**357**	**8.1%**	**198**	**126**	**324**	**7.0%**
Employés des différents organismes												
Employé d'un CJ	139	239	378	9.7%	37	68	105	2.4%	0	0	0	0.0%
Employé d'un CSSS	112	139	251	6.5%	44	40	84	1.9%	0	0	0	0.0%
Employé d'un CH ou médecin	150	172	322	8.3%	163	170	333	7.6%	137	122	259	5.6%
Employé d'un milieu de garde	11	7	18	0.5%	8	10	18	0.4%	9	4	13	0.3%
Employé d'un organisme	120	137	257	6.6%	262	231	493	11.2%	312	320	632	13.7%
Famille d'accueil	1	3	4	0.1%	0	0	0	0.0%	5	2	7	0.2%
Autres professionnels	17	9	26	0.7%	36	8	44	1.0%	22	8	30	0.7%
Source inconnue												
Employé d'un CI	0	0	0	0.0%	160	193	353	8.0%	278	259	537	11.7%
Total Employés des différents organismes	**550**	**706**	**1 256**	**32.4%**	**710**	**720**	**1 430**	**32.6%**	**763**	**715**	**1 478**	**32.1%**
Milieu scolaire	**307**	**480**	**787**	**20.3%**	**482**	**436**	**918**	**20.9%**	**559**	**396**	**955**	**20.9%**
Milieu policier	**532**	**709**	**1 241**	**32.0%**	**699**	**745**	**1 444**	**32.9%**	**989**	**660**	**1 649**	**35.8%**
Communauté												
Voisins	130	75	205	5.3%	115	82	197	4.5%	93	65	158	3.4%
Autres personnes	23	12	35	0.9%	25	15	40	0.9%	35	9	44	0.9%
Total Communauté	**153**	**87**	**240**	**6.2%**	**140**	**97**	**237**	**5.4%**	**128**	**74**	**202**	**4.4%**
Total	**1 742**	**2 138**	**3 880**	**100.0%**	**2 263**	**2 123**	**4 386**	**100.0%**	**2 637**	**1 971**	**4 608**	**100.0%**

ENFANTS AYANT FAIT L'OBJET D'UN SIGNALEMENT

	2017-2018						2018-2019							2019-2020						
	0-5	**6-12**	**13-15**	**16-17**	**Inconnu**	**Total**	**0-5**	**6-12**	**13-15**	**16-17**	**Inconnu**	**Total**	**% aug.**	**0-5**	**6-12**	**13-15**	**16-17**	**Inconnu**	**Total**	**% aug.**
Enfants ayant fait l'objet d'au moins un signalement	852	1 147	470	304	17	2 790	946	1 238	564	349	16	3 113	11.6%	910	1 266	642	371	19	3 208	3.1%
Enfants ayant fait l'objet d'au moins un signalement retenu	591	696	235	131	9	1 662	563	614	248	121	10	1 556	-6.4%	469	582	225	89	8	1 373	-11.8%

NOMBRE D'ADOLESCENTS CONTREVENANTS ÉVALUÉS ET ORIENTÉS PAR LE DIRECTEUR PROVINCIAL

	2018-2019						2019-2020					
	12-13	**14-15**	**16-17**	**18 et +**	**Total**	**%**	**12-13**	**14-15**	**16-17**	**18 et +**	**Total**	**%**
Filles	2	10	9	11	32	24%	0	1	10	3	14	13%
Garçons	7	25	47	25	104	76%	5	33	38	22	98	88%
Total	**9**	**35**	**56**	**36**	**136**	**100%**	**5**	**34**	**48**	**25**	**112**	**100%**

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2019-2020

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

160, avenue Stillview

Pointe-Claire (Québec)

H9R 2Y2

2019
2020

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

Faits saillants
Rapport annuel de gestion

Québec

FAITS SAILLANTS
RAPPORT ANNUEL DE GESTION 19/20

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
Service des communications

communications.comtl@ssss.gouv.qc.ca

Août 2020

Photos : Adobe Stock (sauf indications contraires)

www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca

Message du président du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale

Si l'année 2020 restera gravée longtemps dans notre mémoire collective, en raison, bien entendu, de la crise sanitaire mondiale liée au nouveau coronavirus (COVID-19), pour notre établissement, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, elle représente également un jalon très important : notre 5e anniversaire.

Bien de l'eau a coulé sous les ponts depuis la mise sur pied de notre organisation. Une priorité absolue occupe cependant toujours le premier rang de nos actions. Notre volonté inébranlable d'offrir des soins et des services en santé de qualité à notre communauté et à nos diverses clientèles. Mieux encore. Nous ne ménageons aucun effort en vue d'assurer une amélioration constante et notable de l'ensemble de nos champs d'expertise. Au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, les chemins pour y parvenir sont clairement identifiés : innovation, veille, recherche, enseignement et partenariat.

Le présent *Cahier des faits saillants* vous livre un aperçu probant des progrès effectués dans diverses sphères d'activités au cours des 12 derniers mois. Dans chacune de nos directions et dans nos deux centres de recherche, des employés compétents, dévoués et créatifs nous donnent le meilleur d'eux-mêmes, jour après jour. Voilà où réside l'une des clés de nos succès et de nos avancées. Une autre de ces clés, trouve incontestablement son origine dans l'engagement remarquable et le soutien continu de nos partenaires communautaires, de nos médecins et de nos bénévoles à l'égard de notre établissement. Nous sommes à la fois fiers et reconnaissants de compter sur ces piliers qui contribuent tangiblement à faire grandir notre organisation. Toujours pour le mieux-être de notre communauté.

Au nombre des faits marquants de la dernière année, nous souhaitons mettre en lumière le travail exceptionnel réalisé par plusieurs de nos directions afin de rehausser l'accès à nos soins et services. Cette amélioration, elle se concrétise de multiples façons : accès universel sans égard aux particularités, aux origines ethnoculturelles ou aux genres; télésanté et autres outils technologiques; intervention précoce auprès des enfants présentant des retards de développement; augmentation de la prestation de services de soutien à domicile; diffusion élargie et simplifiée des services offerts aux vétérans; adaptation des services aux besoins des jeunes; porte d'entrée vers des services spécialisés d'investigation et de consultation. Voilà quelques exemples qui nous permettent de mieux répondre aux besoins de notre population.

Nous le reconnaissons d'entrée de jeu. Nos employés représentent la pierre angulaire de notre capacité à bien desservir nos multiples clientèles, et ce, peu importe le lieu où elles se trouvent. Afin de souligner la contribution exceptionnelle de notre personnel, et en accord avec nos valeurs organisationnelles que sont l'agilité, le respect et le partenariat, nous avons tenu la première édition de notre Gala Reconnaissance. Un événement rassembleur et prestigieux qui a mis en vitrine une foule d'initiatives novatrices déployées au sein de notre établissement et des organismes communautaires de notre territoire, pour encore mieux servir notre population. La remise de prix d'excellence *Luminas* a donc permis de souligner, avec fierté, l'engagement, l'expertise et le leadership consentis dans la réalisation de projets de grande valeur qui se répercutent positivement sur la qualité des soins et services que nous offrons sans relâche.

Nous contribuons tous à l'excellence de notre CIUSSS, lorsqu'au quotidien nous plaçons nos patients, nos clients, nos usagers, nos vétérans et les familles au centre de nos préoccupations.

Richard Legault
Président du conseil d'administration

Lynne McVey
Présidente-directrice générale

Les liens qui nous unissent

Le savoir-faire, le dépassement et l'innovation au service de la population

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est une organisation centrée sur l'offre de soins et de services en santé, de qualité et sécuritaires, à la population et aux diverses clientèles qu'il dessert. Pour ce faire, il compte sur un personnel qualifié, dévoué et en quête constante d'innovation.

La mobilisation de ses directions et de ses centres de recherche à l'égard de l'excellence se traduit par de multiples avancées, autant sur les plans cliniques, administratifs, financiers qu'académiques. Il va sans dire que ces réalisations ne sauraient avoir la même envergure sans l'apport de nos innombrables partenaires communautaires, de nos médecins et de nos bénévoles. Au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, nous sommes fiers et privilégiés de compter, quotidiennement, sur l'engagement inébranlable d'autant d'acteurs qui partagent les mêmes objectifs que nous.

Dans les prochaines pages, partez à la découverte de projets, d'initiatives et de percées, qui ont marqué la dernière année au sein de notre organisation. Une belle opportunité de vous familiariser avec une multitude de sujets variés, tous orientés vers le mieux-être de la population : adoption de mesures pour assurer le respect, la dignité et l'intégrité des usagers; travaux de modernisation de l'unité d'oncologie et de soins palliatifs au Centre hospitalier de St. Mary; Maison de naissance du Lac-Saint-Louis; accès universel aux soins de santé et aux services sociaux, sans égard aux particularités, aux origines ethnoculturelles ou aux genres; arrivée des jeunes sur le marché du travail; prestation de services de soutien à domicile; intervention rapide auprès des jeunes enfants présentant des retards de développement; importance du citoyen partenaire dans l'amélioration des soins et des services de santé; adaptation des services aux besoins des jeunes; sécurité des usagers et du personnel; technologie au service de nos clientèles; développement d'outils au profit des personnes atteintes d'un cancer; dons de cerveaux après la mort pour la recherche. Et beaucoup plus, encore!

Il est, par ailleurs, difficile de passer sous silence la virulente pandémie liée au nouveau coronavirus (COVID-19) qui a frappé la planète au cours des derniers mois. Notre organisation et la population sur laquelle nous veillons n'y ont pas échappé. Dès les premiers jours de cette crise sanitaire, dirigeants et employés ont multiplié les efforts, puisé au fond de leurs énergies et, surtout, fait preuve de beaucoup d'engagement et de courage pour prendre soin de notre communauté, et plus particulièrement des gens les plus vulnérables. Les initiatives liées au recrutement, au redéploiement et aux mesures sanitaires ont été nombreuses. Elles ont assurément contribué à sauver un grand nombre de vies.

NOS VALEURS ORGANISATIONNELLES D'AGILITÉ, DE RESPECT ET DE PARTENARIAT CONTINUENT DE SE MANIFESTER AU QUOTIDIEN. DANS TOUTES NOS DÉCISIONS, NOS ACTIONS ET NOS RÉALISATIONS QUE NOUS METTONS DE L'AVANT, AU SERVICE DE LA POPULATION.

Comme la pandémie a frappé vers la fin de l'exercice financier 2019-2020, il en sera davantage question dans l'édition 2020-2021 du *Cahier des faits saillants*.

D'ici là, nos valeurs organisationnelles d'agilité, de respect et de partenariat continuent de se manifester au quotidien. Dans toutes nos décisions, nos actions et nos réalisations que nous mettons de l'avant, au service de la population.

Bonne lecture!

DIRECTION DU
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

« VEILLER AUX BESOINS DE NOS AÎNÉS. UNE VOLONTÉ PROFONDE QUI HABITE NOTRE DIRECTION. »

Aperçu de soins et services offerts à domicile…

Soins infirmiers, services de réadaptation, services psychosociaux, soins médicaux, nutrition clinique, services d'aide à domicile, centres de jour, orientation vers les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires et d'autres partenaires, soutien aux proches aidants et soins palliatifs.

Permettre aux gens de demeurer à domicile plus longtemps, en sécurité

Un territoire où le vieillissement de la population s'accroît plus rapidement qu'ailleurs à Montréal. Des besoins en termes de soins de santé et de services sociaux grandissants. Notre réponse : le déploiement de solides équipes d'intervenants spécialisés dans la prestation de services de soutien à domicile.

Au cours de la dernière année, notre CIUSSS, de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, a majoré ses ressources dans ce secteur. Autant en ressources humaines qu'en ressources matérielles. En mettant aussi à profit les avancées technologiques et l'évolution des connaissances. Résultat, un plus grand nombre d'usagers jouissant de l'opportunité de demeurer dans le confort de leur foyer. Un souhait exprimé par plusieurs.

Une façon moderne de retarder l'hébergement en soins de longue durée. Mais aussi de diminuer le nombre de visites à l'urgence.

75e anniversaire du Jour J et de la bataille de Normandie

Le 6 juin 1944. Le Jour J et la bataille de Normandie. Le déclenchement d'une offensive marquante de la Deuxième Guerre mondiale. À l'occasion du 75e anniversaire de cette date tristement célèbre, une délégation de l'Hôpital Sainte-Anne, composée de trois vétérans du débarquement sur la plage de Juno et de six membres du personnel soignant, s'est rendue en France.

Le soutien à domicile en 2019-2020…

13 700
USAGERS DESSERVIS

± 1 060 700
INTERVENTIONS

725
USAGERS ONT REÇU DES SOINS PALLIATIFS

± 1 036 000
HEURES DE SERVICES DISPENSÉES À LA CLIENTÈLE LONG TERME

DIRECTION DES
SOINS INFIRMIERS

« FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS, EN ASSURANT UN MAXIMUM DE CONFORT ET DE SÉCURITÉ À NOS CLIENTÈLES. »

On modernise au Centre hospitalier de St. Mary…

L'unité d'oncologie et de soins palliatifs du Centre hospitalier de St. Mary fait peau neuve. À terme, les patients bénéficieront de 22 chambres privées dans un environnement répondant davantage à leurs besoins. Mieux encore, un espace adapté intégré à chacune des chambres permettra aux familles de demeurer avec leurs proches en tout temps.

Les travaux, qui devraient être complétés au début de 2021, sont le fruit d'une collaboration financière entre la Fondation de l'Hôpital St. Mary et le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Une porte d'entrée vers des services spécialisés d'investigation et de consultation

Éviter une visite à l'urgence ou, encore, une hospitalisation. Pour le bien-être du patient. Voilà, sommairement, le mandat de l'Accueil clinique de l'Hôpital général du Lakeshore.

Sur référence d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée, ce service coordonne l'accès aux ressources hospitalières pour une personne présentant une condition clinique subaiguë (faible intensité, mais qui se prolonge et ne s'atténue que faiblement) ou semi-urgente (intervention peut être réalisée à l'intérieur d'une période déterminée, selon l'analyse de l'intervenant). En étroite concertation avec le médecin, une communication directe est établie avec le patient pour débuter l'épisode de soins.

Des avantages intéressants :

- Une alternative à l'urgence qui élimine le temps passé en salle d'attente ou sur une civière.
- Une consultation accélérée et davantage efficiente auprès d'un spécialiste.
- Une diminution du niveau de stress chez le patient, grâce à une prise en charge rapide et personnalisée.

En 2019-2020… » **241** PATIENTS DESSERVIS AVEC DIFFÉRENTES CONDITIONS CLINIQUES

Mieux accompagner les nouvelles embauches…

Harmoniser l'orientation et l'apprentissage pour optimiser le recrutement et la rétention de personnel. Un défi relevé par une équipe de conseillères en soins infirmiers, volet « préceptorat » qui assure le programme Relève visionnaire en soins infirmiers (REVSI). De concert avec des partenaires cliniques, des suivis individualisés sont offerts aux recrues, en tenant compte des missions et des clientèles.

DIRECTION DU
PROGRAMME JEUNESSE

PHOTO : CIUSSS ODIM

« ACCOMPAGNER LES ENFANTS, DÈS LEURS PREMIERS JOURS. UNE MISSION QUI MÈNE AU DÉPASSEMENT. »

Un cadre d'intervention novateur

Depuis mai 2019, les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw ont débuté l'implantation du modèle « ARC » (Attachement, Régulations et Compétences). Il s'agit d'un cadre d'intervention flexible et systémique destiné aux intervenants œuvrant auprès d'enfants et d'adolescents victimes de multiples traumatismes. Il s'appuie notamment sur le fait que la maltraitance et les séquelles qui y sont associées sont souvent à l'origine de problèmes d'agressivité et de développement comportemental.

Déjà, un projet-pilote a été mené dans une unité résidentielle. L'objectif consiste à améliorer les capacités d'adaptation de l'enfant et sa famille, tout en facilitant le développement de leurs capacités de résilience.

L'implantation de ce projet, ainsi que la formation des éducateurs, sont issues d'une collaboration entre plusieurs directions de notre CIUSSS, avec le soutien de Delphine Collin-Vézina, directrice du Centre de recherche sur l'enfance et la famille de l'Université McGill, et de son équipe.

25 bougies pour notre Maison de naissance

Une pratique qui a fait ses preuves. Des professionnelles chevronnées. Les sages-femmes accompagnent les femmes enceintes depuis des lunes, aux quatre coins du globe. En 2019, la Maison de naissance du Lac-Saint-Louis célébrait son 25e anniversaire. Que de chemin parcouru!

Véritable pionnière, cette installation a été mise sur pied en 1994 par le gouvernement du Québec, dans le cadre d'un projet-pilote. Riche de son expérience, l'espace au caractère familial et humain offre un accompagnement complet sur le plan de la naissance aux femmes enceintes et à leur famille. Parmi les services offerts, on retrouve le suivi de grossesse, l'accouchement et le suivi postnatal de la mère et de l'enfant jusqu'à 6 semaines.

Une profession qui a bien évoluée au fil des années et qui, aujourd'hui, fait partie intégrante du monde de la périnatalité.

+300
ACCOUCHEMENTS PAR AN

85 %
DES ACCOUCHEMENTS À L'AIDE DE SAGES-FEMMES ONT LIEU À LA MAISON DE NAISSANCE

2
VIDÉOS POUR LE 25E ANNIVERSAIRE » **15 000**
VUES SUR LES MÉDIAS SOCIAUX

L'émission télévisée *Le Pharmachien*, diffusée à Radio-Canada, a consacré un épisode complet à l'accouchement en 2019. Christiane Léonard, responsable des services de sages-femmes au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, y a été interviewée.

DIRECTION DES

PROGRAMMES DE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET DÉFICIENCE PHYSIQUE

« OFFRIR UNE GAMME DE SERVICES ADAPTÉS AUX CARACTÉRISTIQUES DE NOS CLIENTÈLES. UN DEVOIR. »

Les organismes communautaires, des partenaires indispensables!

Favoriser la participation et l'intégration sociales des personnes en situation d'handicap. Une nécessité qui fait l'unanimité. Pour y arriver, notre CIUSSS compte sur de nombreux organismes communautaires aux compétences multiples. Partenaires privilégiés de notre territoire, ils jouent un rôle clé dans le continuum de services offerts aux usagers atteints d'une déficience intellectuelle (DI), d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou d'une déficience physique (DP).

Une vision partagée qui s'est notamment traduite par la remise sur pied de la Table de concertation DI-TSA de l'Ouest de l'Île. De nombreux acteurs s'y retrouvent : commissions scolaires, Association de l'Ouest-de-l'Île pour les handicapés intellectuels (WIAIH), l'Apprentissage à la vie autonome/*Towards Independent Living* (AVATIL), Action main-d'œuvre, etc.

« Agir tôt », pour venir en aide rapidement aux jeunes enfants présentant des retards de développement

Les enfants. Tout doit être mis en œuvre afin de favoriser leur plein épanouissement. Le programme « Agir tôt » s'inscrit dans cette démarche. De concert avec la Direction du programme jeunesse, la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) a déployé la première phase de ce projet.

Déjà, l'embauche accrue de professionnels (psychoéducateurs, travailleurs sociaux, orthophonistes, ergothérapeutes, organisateurs communautaires) permet de rehausser la détection et la prise en charge précoces des retards de développement chez les enfants de 0-5 ans. Tous sont déterminés à leur offrir la stimulation nécessaire pour l'intégration à la maternelle et la réussite scolaire.

Les parents, les milieux de garde, les organismes communautaires, le milieu scolaire et les tables de concertation locales sont des acteurs clés dans le succès de ce programme. De plus, la création de multiples groupes de travail permet une meilleure fluidité de traitement des demandes d'aide, une harmonisation des pratiques et une offre de services mieux adaptée aux besoins des enfants et des familles.

NOMBRE D'USAGERS DESSERVIS EN 2019-2020 :

MISSION CRDITED* :

2 158

USAGERS AVEC UNE DI OU UN TSA

MISSION CLSC :

2 299

USAGERS AVEC UNE DI OU UN TSA

1 421

USAGERS AVEC UNE DP

**Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement*

Une section Web améliorée!

Quelques clics suffisent pour prendre connaissance d'informations pertinentes, validées auprès d'un groupe de parents intéressés par nos programmes. Nos portes d'accès vers les services offerts aux personnes de 21 ans et plus, les services résidentiels, nos coordonnées et une foule de renseignements utiles vous attendent ici.

DIRECTION DES
PROGRAMMES DE SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES

« INNOVER DANS LA PRESTATION DE SOINS ET SERVICES, TOUT EN ASSURANT LA SÉCURITÉ DE TOUS. »

Assurer un accès rapide aux services de santé mentale

Répondre avec diligence aux besoins de nos usagers est à la fois une nécessité et une priorité. De multiples efforts y sont consacrés. Une révision des processus et des pratiques liés aux services spécifiques et spécialisés ambulatoires a entraîné une remarquable diminution de nos listes d'attente et une réduction des délais d'accès. Mieux encore, un travail de proximité accru auprès de la clientèle. Une mesure réalisée en synergie avec nos psychiatres.

Les prochains mois permettront le déploiement de pratiques innovantes en santé mentale issues du « Plan québécois pour les troubles mentaux ».

UN ACCÈS REVU ET AMÉLIORÉ…

25 % DIMINUTION DES LISTES D'ATTENTE DANS TOUS LES SERVICES (JEUNES ET ADULTES)

11 POSTES AJOUTÉS DANS CERTAINS SECTEURS AMBULATOIRES

Zéro compromis sur la sécurité des usagers et du personnel !

Des événements malheureux survenus à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD) nous ont amenés à agir rapidement et efficacement, afin d'améliorer la sécurité du personnel et des usagers. De là émane le *Plan d'action pour rehausser la sécurité* mis en œuvre dans cette installation.

Ce plan s'arrime parfaitement à nos priorités, soient une offre de soins et services de qualité et l'assurance d'un environnement sécuritaire. Il comporte trois axes :

- Formation et rehaussement des compétences du personnel
- Sécurisation de l'environnement physique
- Organisation du travail

Pour favoriser le déploiement de ce plan, la Direction des programmes de santé mentale et dépendances a pu compter sur le soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Résultat : la mise en place de mesures pour sécuriser les lieux physiques et pour rehausser les pratiques sécuritaires.

AU NOMBRE DES MESURES RETENUES :

- INSTALLATION DE LECTEURS DE CARTES D'IDENTITÉ POUR LIMITER L'ACCÈS À CERTAINS SECTEURS
- AJOUT DE CAMÉRAS DE SURVEILLANCE
- MISE À JOUR DE FORMATIONS SUR LA SÉCURITÉ OFFERTES AU PERSONNEL
- AUGMENTATION DES TOURNÉES PAR LES MEMBRES DU SERVICE DE SÉCURITÉ

À ces mesures, viendra s'ajouter l'arrivée de nouveaux agents d'intervention autorisée par le MSSS.

DIRECTION DES
SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

« UN MANDAT SOCIAL CLÉ POUR UNE PRESTATION DE SOINS ET SERVICES SÉCURITAIRES ET DE QUALITÉ. »

Rédaction d'un mémoire

Dans le cadre de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, présidée par Régine Laurent, notre CIUSSS a préparé un mémoire. La DSM a assuré la coordination et la rédaction de ce document.

Se porter au secours des enfants, sans tarder!

Les jeunes en situation de vulnérabilité ont besoin de nous. Rapidement. La Direction des services multidisciplinaires (DSM) a donc mis à profit son expertise, en collaborant à la conception et l'orientation du projet-pilote ARH (agent de relations humaines). Une initiative qui vise la réduction de la liste d'attente pour accéder aux services de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Pour y parvenir, un soutien accru des ARH aux professionnels de la DPJ dans l'exécution d'actes non-réservés. Une optimisation à long terme des services qui se traduit par une évaluation accélérée des cas signalés de la liste d'attente, et par l'assurance d'un filet de sécurité bonifié pour cette clientèle. Surtout, des interventions réalisées par les bons intervenants, en fonction de leurs compétences respectives.

DES AMÉLIORATIONS TANGIBLES :

LISTE D'ATTENTE POUR LES SERVICES DE LA DPJ :	1ER AVRIL 2019	31 MARS 2020
	378	**75**

6 AGENTS DE RELATIONS HUMAINES EMBAUCHÉS

4 TRAVAILLEURS SOCIAUX PERMANENTS EMBAUCHÉS

Des services mieux adaptés aux besoins des jeunes

Toujours en appui aux Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Centres Batshaw), la DSM a joué un rôle clé dans la mise en œuvre du modèle « ARC » (Attachement, Régulations et Compétences), en participant notamment à la restructuration d'une unité de vie hébergeant des enfants ayant vécu des traumatismes complexes. Sa contribution, un rehaussement à la fois des pratiques professionnelles et des actions en réponse aux besoins spécifiques et individualisés des enfants. Au nombre des réalisations : réorganisation de la programmation et de l'environnement, ainsi que le déploiement de 75 formations aux éducateurs et spécialistes en activités cliniques (SAC). Plus de 300 éducateurs recevront une formation par les SAC, dans nos 18 foyers de groupe.

À terme, ce modèle sera présent dans l'ensemble du volet réadaptation des Centres Batshaw, et favorisera l'intégration et l'évolution des pratiques.
Voir l'encadré à la page 7.

DIRECTION DES
SERVICES PROFESSIONNELS

« LA COLLABORATION : UN GAGE DE SUCCÈS EN MATIÈRE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SOINS. »

Incursion sur des unités de soins intensifs

Les unités de soins intensifs. Personne ne souhaite s'y retrouver! Le contexte était toutefois fort différent à l'occasion des journées portes ouvertes organisées à l'intention de nos employés, lors de la Semaine canadienne des soins intensifs.

Plus de 60 personnes ont pu accéder à trois de ces unités, et découvrir ces milieux de soins fascinants. Mieux encore! Les futurs candidats intéressés à une carrière en soins intensifs, en soins infirmiers ou en inhalothérapie ont été reçus, sur place, pour des entrevues.

Mieux s'outiller pour respecter les droits de nos usagers

Assurer une prestation sécuritaire de soins et services de qualité aux diverses clientèles. Dans le respect, la dignité et l'intégrité. Notre CIUSSS s'y applique sans relâche.

Pour mieux y parvenir, un protocole de mesures de contrôle a été élaboré afin d'encadrer l'ensemble des pratiques établies dans les différentes installations de notre organisation. L'uniformisation de ces mesures doit son succès, entre autres, aux efforts de sensibilisation déployés auprès des employés et à une formation adaptée conçue pour ces derniers.

Rappelons qu'une mesure de contrôle vise à restreindre la liberté de mouvement ou d'action d'un usager. Qu'il s'agisse du recours à la contention, à l'isolement ou encore à l'usage de substances chimiques, il est primordial qu'un protocole fournisse des balises d'utilisation. Cette utilisation demeure exceptionnelle, après l'application de toutes les mesures de remplacement possibles, et seulement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui.

LES MESURES DE CONTRÔLE EN BREF...

- CONTENTION : EMPÊCHER OU LIMITER LA LIBERTÉ DE MOUVEMENT D'UN USAGER EN UTILISANT LA FORCE HUMAINE, UN MOYEN MÉCANIQUE, OU EN LE PRIVANT D'UN MOYEN QU'IL UTILISE POUR PALLIER UN HANDICAP
- ISOLEMENT : CONFINER L'USAGER DANS UN LIEU, POUR UN TEMPS DÉTERMINÉ, D'OÙ IL NE PEUT SORTIR LIBREMENT
- SUBSTANCE CHIMIQUE : LIMITER LA CAPACITÉ D'ACTION D'UN USAGER EN LUI ADMINISTRANT UN MÉDICAMENT

DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN CROISSANCE »

23
NOUVEAUX MÉDECINS DE FAMILLE

47
NOUVEAUX MÉDECINS SPÉCIALISTES

965
TOTAL DE MÉDECINS TOUTES CATÉGORIES

DIRECTION DE LA
PROTECTION DE LA JEUNESSE

« AIDER NOS JEUNES À S'ÉPANOUIR EN SÉCURITÉ, PEU IMPORTE LEURS BAGAGES PERSONNELS. »

Pour le bien-être des jeunes du Nunavik*

Notre établissement a conclu une entente avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. Une évaluation en profondeur des services résidentiels de réadaptation offerts aux jeunes du Nord sur le territoire montréalais sera ainsi réalisée.

« Je suis fière de cette signature qui consolide les services que nous rendons aux jeunes du Nunavik », a déclaré Lynne McVey, présidente-directrice générale de notre CIUSSS, au moment de cette entente.

La diversité : une mission phare

Permettre un accès universel aux soins de santé et aux services sociaux, sans égard aux particularités, aux origines ethnoculturelles ou aux genres. Notre établissement s'y engage au quotidien. C'est dans cette foulée que le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a tenu sa première *Foire communautaire* l'automne dernier, par l'entremise de son Comité consultatif sur la diversité.

Les organismes communautaires de notre territoire ont répondu massivement à cet événement de partage, d'échanges et de réseautage. Au final, de fructueuses rencontres entre divers intervenants et nos employés de multiples programmes.

Notre organisation est fière de compter sur le dynamisme des 13 membres qui composent ce Comité consultatif sur la diversité. Employés ou intervenants communautaires, ils apportent conseils et soutien, notamment lors d'interventions auprès des différentes communautés. En outre, ils veillent à la promotion de politiques, procédures et formations axées sur la diversité dans les pratiques d'embauche.

Favoriser l'arrivée des jeunes sur le marché du travail*

Chaque année, environ 5 000 jeunes de 18 ans quittent les services de la DPJ. Rapidement, ils sont confrontés à plusieurs défis : logement, travail, études, etc. Pour les aider à intégrer le marché du travail, l'Union des municipalités du Québec a mis sur pied, en 2013, le Plan municipal d'emplois.

Soutenu par la Fondation Simple Plan, ce programme suscite l'adhésion d'un nombre grandissant de municipalités. En 2019, plus de 107 emplois ont été offerts, dans 52 municipalités, à des jeunes sous la protection de la DPJ.

* Ces deux programmes sont offerts par la Direction du programme jeunesse et la Direction de la protection de la jeunesse.

333
ADOLESCENTS CONTREVENANTS AYANT REÇU DES SERVICES

4 049
SIGNALEMENTS TRAITÉS

1 663
SIGNALEMENTS RETENUS

2 386
SIGNALEMENTS NON RETENUS

« BÂTIR EN UNISSANT NOS FORCES ET NOS COMPÉTENCES. POUR LE MIEUX-ÊTRE DE LA POPULATION. »

CENTRE DE RECHERCHE DOUGLAS

Restructurer pour mieux innover

Multidisciplinarité

4 DIVISIONS

Neurosciences fondamentales; neurosciences humaines; sciences cliniques; santé mentale et société.

Thèmes de recherche fédérateurs

5 GROUPES THÉMATIQUES

Stress, anxiété, dépression et suicide; santé mentale et jeunesse, interventions précoces; vieillissement, cognition et maladie d'Alzheimer; adversité environnementale, neuro-développement et santé mentale; sommeil et rythmes biologiques.

Rayonnement

Signature d'une entente entre la Banque de cerveaux Douglas-Bell Canada et Autism BrainNet. Les Canadiens pourront faire des dons de cerveaux après la mort pour faire avancer la recherche sur les causes et les traitements des troubles du spectre de l'autisme.

60	CHERCHEURS PRINCIPAUX
2	NOUVEAUX JEUNES CHERCHEURS
8	CHAIRES DE RECHERCHE DU CANADA
290	ÉTUDIANTS FORMÉS
559	PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES
26 M$	SUBVENTIONS DE RECHERCHE
5	PRIX ET RECONNAISSANCES OBTENUS PAR DES CHERCHEURS
2	PRIX ET RECONNAISSANCES OBTENUS PAR DES ÉTUDIANTS

CENTRE DE RECHERCHE DE ST. MARY

Des outils au service des personnes atteintes d'un cancer

Nos chercheurs et ceux du Princess Margaret Cancer Centre de Toronto évaluent l'efficacité d'une trousse d'autosoins et d'un encadrement téléphonique auprès de survivants du cancer souffrant de dépression. Ce projet, intitulé CanDIRECT, affiche des résultats prometteurs. Les patients indiquent une amélioration des symptômes liés à la dépression et l'anxiété, de même qu'un plus grand désir d'être actifs.

La prochaine étape consistera à élargir l'accès à ces outils en proposant une trousse d'autosoins en ligne.

Arrivée d'un nouveau directeur scientifique

Le Dr Ari Meguerditchian a été nommé directeur scientifique du Centre de recherche de St. Mary. Professeur agrégé au Département de chirurgie de la Faculté de médecine de l'Université McGill, et directeur du programme d'études graduées au Département d'oncologie Gerald Bronfman, il vient consolider la mission académique du Centre hospitalier de St. Mary en tant qu'hôpital universitaire affilié.

3	SCIENTIFIQUES
12	CLINICIENS CHERCHEURS
16	ÉTUDIANTS GRADUÉS
51	PROJETS ACTIFS
13	ESSAIS CLINIQUES ACTIFS
38	PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

DIRECTION ADJOINTE À LA
RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ET AUX PARTENARIATS

« IMPLIQUER NOS PARTENAIRES DANS LA RÉPONSE AUX BESOINS DE SOINS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. »

L'approche citoyen partenaire en bref...

1	TOURNÉE DE CONSULTATION
+300	CITOYENS ET PARTENAIRES DU RÉSEAU RENCONTRÉS
2	EXPÉRIENCES-PILOTES DE PARTICIPATION CITOYENNE (TAUX DE SATISFACTION DES PARTICIPANTS DE 83 %)
16	PROJETS ORGANISATIONNELS VISÉS PAR L'INTÉGRATION DE CITOYENS PARTENAIRES
47	CITOYENS PARTENAIRES INTÉRESSÉS PAR LE CONCEPT
22	CITOYENS PARTENAIRES INTÉGRÉS À DES PROJETS ET ÉQUIPES DU CIUSSS
950	HEURES DE TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉES PAR NOS CITOYENS PARTENAIRES

Le citoyen partenaire : un allié dans l'amélioration des soins et des services de santé !

L'approche « citoyen partenaire ». Notre établissement mise de plus en plus sur ce concept. Et il y a beaucoup à gagner, en créant un carrefour où prennent naissance des approches liant le citoyen comme partenaire de nos enjeux de santé et de bien-être :

- un renforcement de la place du citoyen dans la planification et l'organisation des soins et services
- une intégration des connaissances du citoyen dans l'élaboration de solutions et d'outils
- une proactivité en réalisant des projets et des expériences avec des équipes regroupant citoyens, gestionnaires et partenaires communautaires.

Le citoyen partenaire est prêt à donner un peu de son temps, à partager ses idées et à mettre à profit ses expériences personnelles. Animé par une réelle volonté de contribuer au mieux-être de sa communauté, il s'avère un atout de choix.

Il faut prendre soins de la gent masculine!

La santé et le bien-être. Voilà, certes, deux facettes importantes dans la vie de chacun. Et les hommes n'y échappent pas...

En mars dernier, un événement portant justement sur ces sujets a attiré une soixantaine d'intervenants et gestionnaires des milieux communautaires et institutionnels. Au menu, des présentations axées sur la réalité du collectif masculin, des pistes d'actions et un accès à une foule de renseignements utiles.

À la santé des hommes!

DIRECTION DES
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

PHOTO : CIUSSS ODIM

« LA MISSION UNIVERSITAIRE : UN VECTEUR D'INNOVATION ET DE QUALITÉ DES PRATIQUES. »

Enseigner, apprendre, inspirer

Pour une première fois depuis sa création, notre CIUSSS a tenu deux retraites consacrées à l'enseignement : l'une portant sur l'enseignement à travers les programmes et disciplines, et l'autre sur l'enseignement médical.

Structurer l'environnement d'apprentissage est essentiel à la promotion de l'enseignement. L'équipe de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMIS-SS) a produit un rapport sur la structure physique optimale d'une unité d'enseignement clinique moderne, dont les recommandations s'appliqueront à tous les projets d'infrastructure du CIUSSS.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL
- 37 disciplines cliniques
- 327 stages d'étudiants
- 452 stages de résidents
- 6 346 semaines de stage

ENSEIGNEMENT NON MÉDICAL
- 21 disciplines
- 571 stages
- 3 650 semaines de stage

La technologie pour étendre la portée de nos soins et services

Prévenir les visites évitables à l'hôpital grâce à la technologie, une équipe de télésanté s'y affaire. Grâce à un financement du Fonds de soutien à l'innovation en santé et en services sociaux, une initiative est en cours de déploiement pour soutenir à distance des personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique. Cette initiative est menée avec le concours de la Direction des soins infirmiers et de l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill.

Dès les premiers jours de la pandémie liée à la COVID-19, cette même équipe était aux aguets. Avec ses partenaires interdirections, elle a, entre autres, assuré les communications sociales entre les résidents des centres d'hébergement et leurs familles, en organisant des « visites virtuelles » par vidéoconférence.

Partager le savoir

Au profit de plus de 1 125 personnes, une équipe de spécialistes en transfert des connaissances a soutenu ou organisé une quarantaine de formations. Le tiers de ces formations appuyaient l'implantation d'une vaste stratégie visant l'harmonisation des pratiques en prévention du suicide au sein de notre CIUSSS.

Elle a aussi produit six capsules vidéo de vulgarisation de la recherche, avec la participation de chercheurs et d'étudiants, diffusées sur nos plateformes numériques.

L'UETMIS-SS : un soutien de choix à la prise de décision

Par une méthode d'analyse systématique de la littérature, l'UETMIS-SS a continué d'appuyer la prise de décision fondée sur les données probantes. Elle a notamment procédé à une évaluation de l'efficacité de la kétamine intraveineuse dans le cas d'une dépression résistante aux traitements.

Les productions de l'UETMIS-SS ont mené à la publication de trois articles scientifiques dans des revues internationales, en plus d'être partagés sur des tribunes locales et nationales.

RECHERCHE »

480 PROJETS ACTIFS

95 NOUVEAUX PROJETS

178 PROJETS RENOUVELÉS

DIRECTIONS DES
SERVICES DE SOUTIEN

« INNOVATION, PERFORMANCE, DÉVELOPPEMENT ET VEILLE. LES SERVICES DE SOUTIEN Y EXCELLENT. »

Direction de la logistique

Une première : notre CIUSSS s'associe au Jour de la Terre!

À l'occasion du Jour de la Terre, notre établissement a dévoilé un objectif de planter 15 000 arbres au cours des deux prochaines années sur les terrains de ses installations. En outre, les programmes et activités liés au développement durable ont aussi été annoncés, au bénéfice de l'ensemble de la population.

Un événement médiatique d'envergure, tenu au Centre hospitalier de St. Mary, a attiré une foule de dignitaires et de médias. Environ 25 articles et reportages ont été diffusés.

752 ARBRES D'ESPÈCES VARIÉES MIS EN TERRE (COÛT 0 $)

77 879
BONS DE COMMANDE; HAUSSE DE 6 %

50 969
TRANSPORTS (AMBULANCE, TRANSPORT ADAPTÉ, DÉPLACEMENTS POUR LES LOISIRS ET LES CENTRES DE JOUR); HAUSSE DE 21 %

446 728
TRANSACTIONS DE DISTRIBUTION AUX UNITÉS ET AUTRES SERVICES

10
RUCHES URBAINES SUR CINQ SITES (PRODUCTION DE MIEL)

Direction des ressources financières

Des transactions financières impressionnantes!

- Service de la paie : 294 300 paies pour plus de 10 900 employés
- Service des comptes payables : 147 000 factures; + 6 000 fournisseurs; 221 M$
- Service de facturation, comptes recevables, fiducies et caisses : 103 000 factures acheminées
- Service de la comptabilité : conciliation de +700 comptes de l'état de la situation financière

Direction des ressources informationnelles et du génie-biomédical

Un soutien constant aux missions de notre organisation

- Déploiement d'équipements médicaux d'une valeur de près de 2 M$
- Rehaussement de l'infrastructure technologique à l'Hôpital Sainte-Anne
- Terminaison de plus de 50 projets administratifs et cliniques
- Réalisation de projets ministériels, dont le Centre de répartition des demandes de service, le Système d'information pour la protection en maladies infectieuses, la télésanté et le Dossier santé Québec

43 500
DEMANDES DE SERVICE

DIRECTIONS DES
SERVICES DE SOUTIEN

« CONTRIBUER AU BON FONCTIONNEMENT DE NOTRE ORGANISATION, NOTRE ENGAGEMENT. »

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Première édition du Gala Reconnaissance : L'excellence à l'honneur!

Un événement rassembleur, inspirant, prestigieux. La mise en valeur d'initiatives novatrices déployées au sein du CIUSSS au profit de la population.

Des hommes et des femmes reconnus pour leur engagement, leur expertise, leur leadership. L'appréciation des efforts colossaux consentis pour réaliser des projets de grande qualité à l'impact positif sur la qualité des soins et services offerts à la population.

Une cérémonie haute en couleur et riche en émotion, source d'une grande fierté collective.

Direction des services techniques

Une diversité de réalisations éloquentes

Hygiène-salubrité, buanderie-lingerie

- Lavage des vêtements des résidents des CHSLD de Dorval et Denis-Benjamin-Viger
- Plan de formation pour les nouveaux employés

Services alimentaires

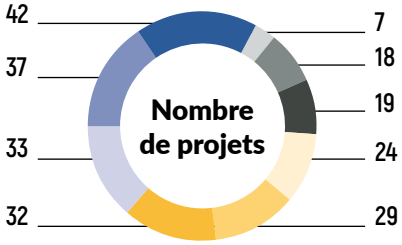
- Gestion du casse-croûte de l'Hôpital Sainte-Anne
- Implantation du projet « La Tablée des Chefs » pour la récupération des surplus alimentaires au CHSM

Installations matérielles

- Création d'un registre des systèmes de climatisation dans nos installations
- Intégration du programme d'entretien préventif de l'Hôpital Sainte-Anne dans l'application *Octopus*

STATUT DES PROJETS

- À L'ÉTUDE
- FERMETURE
- CONCEPTUALISATION
- PHASE DÉFINITIVE
- APPEL D'OFFRES
- RÉALISATION
- REPORTÉS OU À L'ARRÊT
- PHASE PRÉLIMINAIRE
- SIGNATURE DE CONTRAT



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

Québec