

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2022 - 2023

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

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

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

Web: www.ciuusscentreouest.ca

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

Directrice de projet:

Joanne Côté, Directrice de la Qualité, Transformation,
Évaluation, Valorisation, Éthique & Soins virtuels

Coordination et rédaction:

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

Conception graphique et infographie:

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

4^e de couverture :

Service des communications et relations médias,
Direction des ressources humaines, Communications,
Affaires juridiques et Sécurité globale

Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2023).

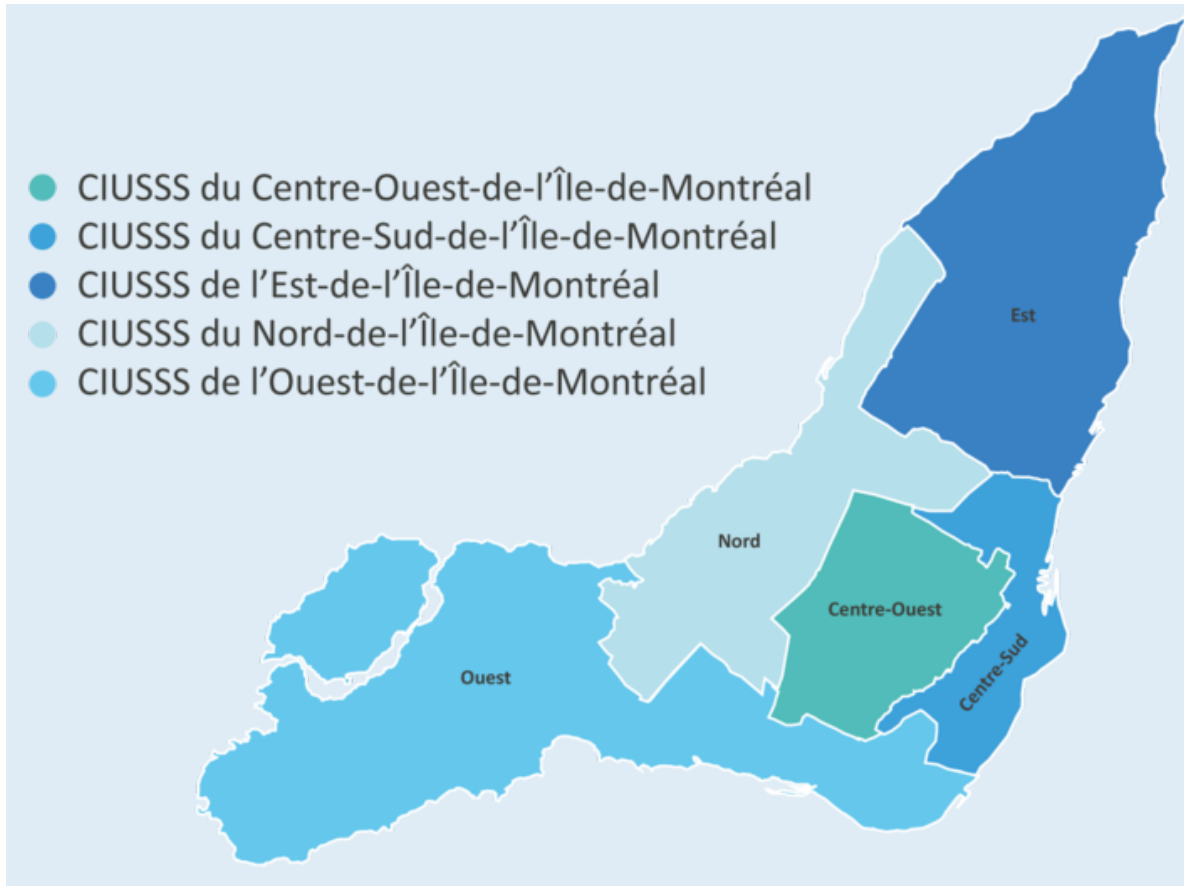
TABLE DES MATIÈRES

LE CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL – EN BREF	7
LISTE DES ACRONYMES	10
LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	12
1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS	17
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	18
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	19
3.1 L'établissement	19
3.1.1 La mission du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	19
3.1.2 Les valeurs du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	19
3.1.3 Les principaux services offerts	20
3.1.4 Nos installations et leurs désignations	20
3.1.5 La vocation suprarégionale et supra territoriale	21
3.1.6 L'organigramme du CIUSSS au 31 mars 2023	22
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils, les instances consultatives	24
3.2.1 Le conseil d'administration	24
3.2.2 Comités, conseils et instances consultatives	26
3.3 Les faits saillants	30
3.3.1 Nouvelles offres de services développées	30
3.3.2 Rehaussement d'offres de services existantes et réalisations	33
3.3.3 Nos employés	35
3.3.4 Vos soins partout / <i>Care everywhere</i>	38
3.3.5 Distinctions et rayonnement	40
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	44
4.1 Chapitre III – Attentes spécifiques	44
4.2 Chapitre IV – Engagements annuels	52

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	63
5.1 L'agrément et la certification	63
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services	64
5.3 Le nombre de mises sous garde dans une installation selon la mission	74
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	75
5.5 L'information et la consultation de la population	75
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	79
7. LES RESSOURCES HUMAINES	80
7.1 Les ressources humaines de l'établissement public	80
7.2 La gestion et contrôle des effectifs	81
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES	82
8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	82
8.2 L'équilibre budgétaire	83
8.3 Les contrats de services	83
9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	84
10. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	86
11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES	88
12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	88
ANNEXE : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	91

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

En bref



HÉBERGEMENT

- Centre Gériatrique Maimonides Don
- CHSLD juif Dona
- Centre d'hébergement Saint-Andrew
- Centre d'hébergement Saint-Margaret
- Centre d'hébergement Henri-Bradet
- Centre d'hébergement Father-Dowd
- Hôpital Mont-Si

LE TERRITOIRE DU CIUSSS:

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

LA POPULATION DE NOTRE TERRITOIRE:

Environ 380 100 personnes résident sur notre territoire :

- La structure populationnelle est comparable à celle de Montréal : 18 % de personnes de 17 ans et moins, et 18 % de personnes de 65 ans et plus.
- 42,1 % d'immigrants (34 % pour Montréal). 1 personne sur 10 est un immigrant récent
- La proportion la plus élevée de personnes avec un diplôme (93,3% vs 89,4% à Montréal)
- 22,9 % de la population vit sous le seuil de faible revenu après impôts (17,9 % pour Montréal)

**L'espérance de vie la plus élevée des CIUSSS à Montréal (85,4 ans vs 82,9 ans à Montréal)
 Le taux de mortalité évitable le plus faible (58 % vs 79 % à Montréal)**

NOS EMPLOYÉS ET NOS MÉDECINS:

Le CIUSSS du Centre-Ouest emploie près de 13 500 personnes:

- Personnel en soins infirmiers : 3 506 personnes
- Personnel professionnel : 2 318 personnes
- Personnel de bureau, technicien et assimilé : 6 020 personnes
- Ouvriers, personnel d'entretien et de service : 1 162 personnes
- Personnel d'encadrement : 466 personnes

Nous comptons 881 médecins, soit 263 omnipraticiens et 618 médecins spécialistes



RÉADAPTATION

- Centre Miriam
- CR Lethbridge-Layton-MacKay
- Hôpital Catherine-Booth
- Hôpital Richardson
- Hôpital Mont-Sinaï



CLSC

- CLSC Benny Farm
- CLSC René-Cassin
- CLSC Côte-des-Neiges
- CLSC Parc-Extension
- CLSC Métro



SOINS AIGUS

- Hôpital général juif



LES RESSOURCES DE NOTRE CIUSSS ET LES RESSOURCES DU TERRITOIRE:

Les installations de notre CIUSSS:

- Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- Centre de réadaptation en déficience physique - Adultes et Enfants : Déficience motrice, auditive, visuelle et langagière
- Hôpitaux de réadaptation
- Centre de réadaptation en Déficience intellectuelle et Troubles du spectre de l'autisme - Adultes et Enfants
- Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- Centres locaux de services communautaires (CLSC)

Plus d'une centaine de cliniques médicales de médecine générale se trouvent sur le territoire, dont 18 GMF. Parmi ces 18 GMF, nous trouvons 3 GMF-Universitaires et 5 GMF Accès-Réseau avec services de prélèvements et d'imagerie médicale

NOS CENTRES DE RECHERCHE RENOMMÉS:

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

LISTE DES ACRONYMES

AAPA : Approche adaptée à la personne âgée

ACQ : Amélioration continue de la qualité

ASSS : Auxiliaire aux services de santé et sociaux

CAU : Centre affilié universitaire

CEPI : Candidat/Candidate à l'exercice de la profession en soins infirmiers

CERDA : Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile

CES : Chèque emploi-service

CH : Centre hospitalier

CHAU : Centre hospitalier affilié universitaire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

DEIA : Diversité, équité, inclusion et appartenance

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

DQTEVE et **SV** : Direction de la Qualité, Transformation, Évaluation, Valorisation, Éthique & Soins virtuels

DMS : Durée moyenne de séjour

DRMG : Département régional de médecine générale

DRSM : Direction de la Réadaptation et des Services multidisciplinaires

DSI : Direction des Soins infirmiers

DSIPL : Direction des Services intégrés de 1re ligne

DSP : Direction des Services professionnels

EGI : Entente de gestion et d'imputabilité

ENA : Environnement Numérique d'Apprentissage

EPI : Équipement de protection individuelle

ETC : Équivalent temps complet

GAMF : Guichet d'accès à un médecin de famille

GAP : Guichet d'accès à la première ligne

GASMA : Guichet d'accès en santé mentale adulte

GMF : Groupe de médecine de famille

HGJ : Hôpital général juif

INSPQ : Institut national de Santé publique du Québec

IPAM : Institut de la pertinence des actes médicaux

IPS : Infirmier praticien spécialisé / Infirmière praticienne spécialisée

ISO-SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

IU : Institut universitaire

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

MASM : Mécanisme d'accès en santé mentale

MOI : Main d'œuvre indépendante
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA : Niveaux de soins actifs
PAB : Préposé aux bénéficiaires
PCI : Prévention et contrôle des infections
PDG : Président-directeur général
PPA : Personnes proches aidantes
PPCC : Planification précoce et conjointe des congés
PQPTM : Programme québécois pour les troubles mentaux
PRAIDA : Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
RI : Ressource intermédiaire
RNI : Ressource non institutionnelle
RPA : Ressource pour aînés
RQSUCH : Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier
RSSS : Réseau de la Santé et des Services sociaux
RTF : Ressource de type familial
SAD : Soutien à domicile
SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SMART : Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini
TNCM : Troubles neurocognitifs majeurs
USIN : Unité des soins intensifs néonataux
UTRF : Unité transitoire de récupération fonctionnelle
VPH : Virus du papillome humain

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION



Alan Maislin



Samuel Minzberg



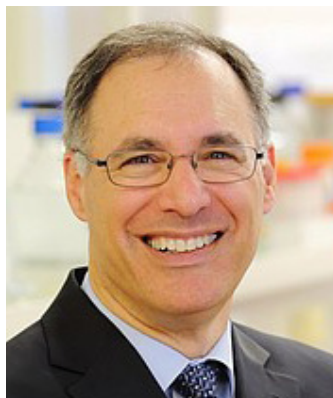
Lawrence Rosenberg



Gail Adelson



Lucio D'intino



David Eidelman



Christine Florakas



Linda Fortier



Donald S. Prinsky



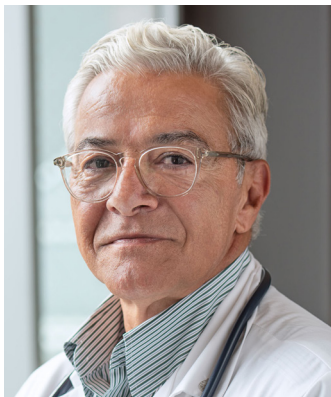
Julie Roy



Allen F. Rubin



Ronald Waxman



Marc Afilalo



Richard Bond



Isabelle Caron



Diana Dima



Andréanne Guindon



Susan Karpman



Lucyna M. Lach



Nona Moscovitz



Gary Wechsler



Mordecai Yalovksy



Alyssa Yufe

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2022 - 2023



ALAN MAISLIN



DR LAWRENCE ROSENBERG, M.D., PH. D.

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Tout au long de l'année 2022-2023, c'est avec un grand soulagement que nous avons accueilli les mesures d'assouplissement successives annoncées par la Santé publique, en corrélation avec l'amélioration de la situation sanitaire. Enfin, nous sortions de la phase aiguë de la pandémie de covid-19 !

Cependant, le rythme dans nos différents établissements n'a pas ralenti, et nous avons dû nous adapter et faire évoluer nos pratiques pour offrir les soins et les services requis à un nombre sans cesse croissant d'usagers.

Heureusement, nous avons des équipes formidables, prêtes à relever des défis et à se lancer dans des changements importants de leurs façons de faire. L'essor incroyable des soins virtuels au sein de notre CIUSSS dans le courant des 2 dernières années, est maintenant un acquis. Avec le lancement officiel de notre initiative "Vos soins partout / Care everywhere", axée sur la prestation des bons soins au bon moment, dans le lieu le plus pertinent, le plus sûr et le plus pratique pour l'usager des soins de santé et des services sociaux, nous venons consolider nos différentes initiatives. En effet, nos programmes de soins virtuels (hôpital@domicile, récupération@domicile, etc.) ainsi que notre centre de commandement sont maintenant bien ancrés dans nos pratiques.

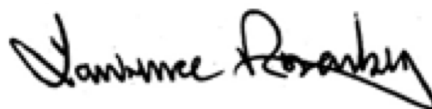
Grâce à ces travaux, nous sommes devenus un pôle novateur dans le domaine de la santé numérique, et recevons régulièrement des délégations en provenance du Québec, des autres provinces du Canada ou de l'international, qui viennent rencontrer nos équipes afin de mieux comprendre nos nouvelles façons de travailler et ainsi importer ces modèles dans leurs établissements.

Nous avons mis en place toute une infrastructure pour soutenir et accompagner nos équipes dans l'initiative "Vos soins partout", afin d'améliorer la fluidité des trajectoires de nos usagers ainsi que l'accès à nos différents soins et services. Plus que jamais, nos équipes sont mobilisées et investies dans ces projets. Nous encourageons les démarches créatives, dans une optique de valorisation des équipes et dans le respect de chacun.

Notre aventure numérique est en cours, et nous permet de nous adapter à la réalité des nouvelles conditions de travail post-pandémiques. Encore une fois, nous souhaitons souligner que toutes ces avancées ne sont possibles que grâce à l'enthousiasme, la mobilisation et l'investissement de toute la grande famille du CIUSSS. Du fond du cœur, nous remercions chacun et chacune d'entre vous.



Alan Maislin
Président du conseil d'administration



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

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

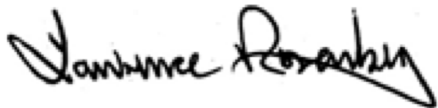
Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2022-2023 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2023.



Dr Lawrence Rosenberg, M.D., Ph. D.

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

3.1 L'ÉTABLISSEMENT

3.1.1 LA MISSION DU CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL¹

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

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

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

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

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

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

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

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

1. DES SOINS ET DES SERVICES DE QUALITÉ SUPÉRIEURE

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

2. COMPASSION, DIGNITÉ ET RESPECT*

Dans la prestation de soins de qualité, nous respectons toutes les personnes que nous considérons comme uniques et que nous traitons avec dignité et compassion tout en respectant leur intimité et en protégeant la confidentialité de leurs renseignements personnels. Notre but est de fournir aux usagers une expérience exceptionnelle.

3. SÉCURITÉ

Nous nous engageons à fournir des soins et des services dans un environnement sécuritaire. La sécurité est une responsabilité qui incombe à tous, en tout temps, au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

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

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

4. TRAVAIL D'ÉQUIPE

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

5. CONNAISSANCES ET INNOVATION

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

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

3.1.3 LES PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS

À L'HÔPITAL :

- Services diagnostiques et soins médicaux généraux et spécialisés.

EN CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC) :

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

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

- Services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance dans un milieu de vie temporaire ou permanent.

- Services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux à des adultes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale.

EN CENTRE DE RÉADAPTATION :

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

3.1.4 NOS INSTALLATIONS ET LEURS DÉSIGNATIONS

• CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE (CHAU)

- o Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

• CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE (CAU)

- o Centre d'hébergement Father Dowd
- o Centre d'hébergement Henri-Bradet
- o Centre d'hébergement Saint-Andrew
- o Centre d'hébergement Saint-Margaret
- o CLSC de Benny Farm
- o CLSC René-Cassin
- o Hôpital Catherine Booth
- o Hôpital Richardson

• INSTITUT UNIVERSITAIRE (IU)

- o CLSC de Côte-des-Neiges (IU social)

- o CLSC Métro (IU social)
- o CLSC de Parc-Extension (IU social)
- o Point de service Outremont (IU social)
- o Maison des naissances de Côte-des-Neiges
- o Info Santé - Info Social

- **HÔPITAL D'ENSEIGNEMENT AFFILIÉ**

- o Centre hospitalier Mont-Sinaï
- o Centre gériatrique Maimonides Donald Berman
- o CHSLD juif Donald Berman

- **AUCUNE DÉSIGNATION**

- o Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay
- o Centre Miriam

- **PROCHES COLLABORATEURS**

- o **Ressources d'hébergement**

- Manoir Renaissance
- Résidence du Boulevard
- Ressource intermédiaire Lev-Tov
- Maison Paternelle
- Ressource intermédiaire de la Montagne

- o **Les Maisons Bleues**

- La Maison Bleue Côte-des-Neiges
- La Maison Bleue Parc-Extension

3.1.5 LA VOCATION SUPRARÉGIONALE ET SUPRA TERRITORIALE

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

- **VOLETS CLINIQUES :**

- o Oncologie
- o Obstétrique et gynécologie : gynéco-oncologie, grossesses à risque élevé
- o Néonatalogie
- o Urologie : uro-oncologie, centre de référence désigné pour la prise en charge

de l'incontinence urinaire chez la femme et des complications associées à la pose de bandelettes urinaires.

- o Hématologie : clinique de maladie de Gaucher adulte
- o Infectiologie : clinique de tuberculose, clinique de covid-19 longue, clinique de maladie de Lyme chronique
- o Chirurgie : cardiaque, hépatobiliaire, colorectale, vasculaire, cervico-faciale due à un cancer
- o Cardiologie : hypertension artérielle pulmonaire
- o Clinique de la mémoire
- o Clinique des Maladies pulmonaires obstructives chroniques (télé-santé)
- o Programmation et réadaptation en implant cochléaire
- o Services de réadaptation en déficience auditive
- o Ligne AAA – Aide-Abus-Aînés / Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés
- o Équipe d'intervention anti-radicalisation

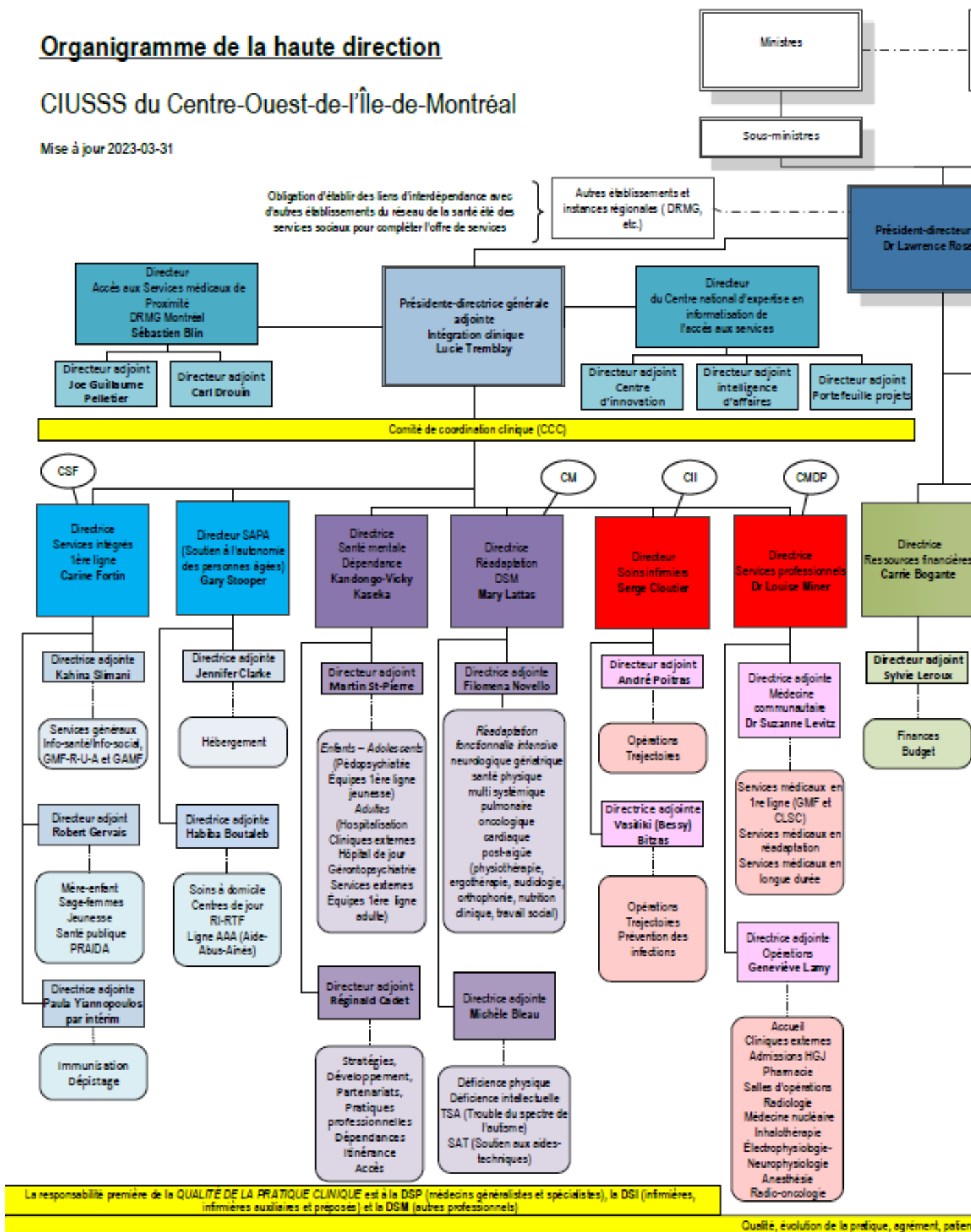
GROUPES DE LA POPULATION:

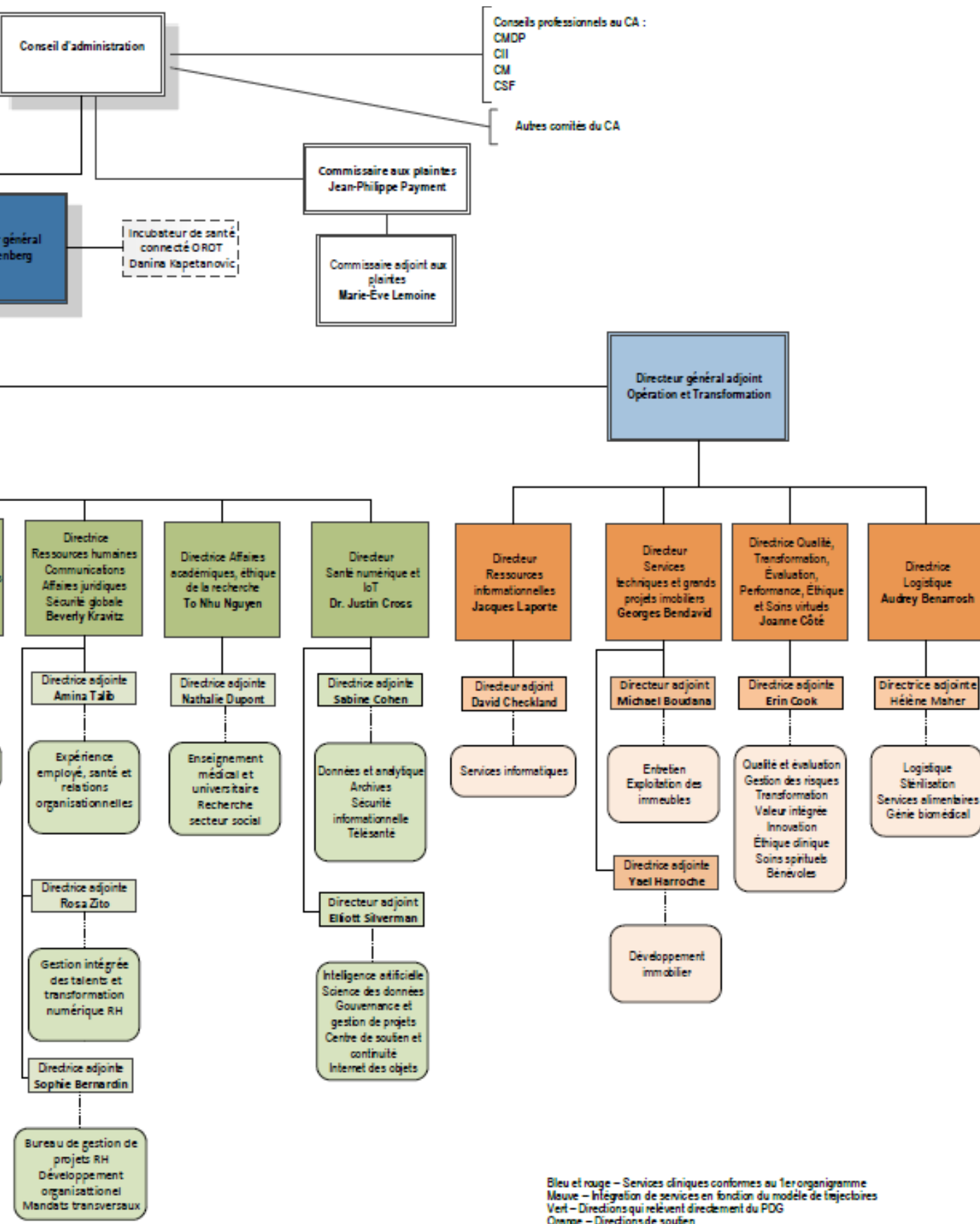
- o Accueil des réfugiés : Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile PRAIDA
- o Clientèle anglophone
- o Soutien la pratique de certaines traditions religieuses (juive et presbytérienne)

3.1.6 L'ORGANIGRAMME DU CIUSSS AU 31 MARS 2023

Organigramme de la haute direction**CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal**

Mise à jour 2023-03-31





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

3.2.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Liste des membres :

NOM	COLLÈGES ÉLECTORAUX	POSTE
M. Alan Maislin	Membre indépendant Réadaptation	Président
M. Samuel Minzberg	Membre indépendant Gouvernance ou éthique	Vice-président
Dr Lawrence Rosenberg	Président-directeur général	Secrétaire
Mme Gail Adelson	Nomination Universités affiliées	Administratrice
Dr Marc Afilalo	Désignation Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	Administrateur
M. Richard Bond	Membre observateur Fondations	Administrateur
Mme Isabelle Caron	Désignation (jusqu'au 10 novembre 2022) Conseil des infirmières et infirmiers	Administrateur
Mme Diana Dima	Désignation (à partir du 11 novembre 2022) Conseil des infirmières et infirmiers	Administrateur
M. Lucio D'Intino	Désignation Comité des usagers	Administrateur
Dr David Eidelman	Nomination Universités affiliées	Administrateur
Dre Christine Florakas	Désignation Département régional de médecine générale	Administratrice
Mme Linda Fortier	Membre indépendant (jusqu'au 15 juin 2022) Santé mentale	Administratrice
Mme Andréanne Guindo	Désignation Conseil multidisciplinaire	Administratrice
Mme Susan Karpman	Nomination (jusqu'au 29 septembre 2022) Protection de la jeunesse	Administratrice
Mme Lucyna Lach	Membre indépendant Réadaptation	Administratrice

Mme Nona Moscovitz	Membre indépendant (à partir du 11 novembre 2022) Santé mentale	Administratrice
M. Donald S. Prinsky	Nomination (à partir du 3 février 2023) Protection de la jeunesse	Administrateur
Mme Julie Roy	Désignation Comité régional sur les services pharmaceutiques	Administratrice
M. Allen F. Rubin	Membre indépendant Ressources immobilières, informationnelles ou humaines	Administrateur
M. Ronald Waxman	Membre indépendant Vérification, performance ou gestion de la qualité	Administrateur
M. Gary Wechsler	Membre indépendant Risques, finances et comptabilité	Administrateur
M. Mordecai Yalovsky	Membre indépendant Organismes communautaires	Administrateur
Mme Alyssa Yufe	Membre indépendant Usager des services sociaux	Administratrice

BILAN DES ACTIVITÉS :

SÉANCES ORDINAIRES	6
SÉANCES SPÉCIALES	6
SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE D'INFORMATION	1
ATELIER DE FORMATION	0
RÉSOLUTIONS ADOPTÉES	251

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

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

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

3.2.2 COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

Les comités du conseil d'administration :

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

COMITÉ DE VÉRIFICATION (coordination par la Direction des Ressources financières)	9 séances
M. Mordecai Yalovsky	Président
M. Gary Wechsler	Membre
M. Ronald Waxman	Membre
Mme Alyssa Yufe	Membre
M. Alan Maislin	Membre d'office

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (coordination par le bureau du directeur-général adjoint de la qualité, évaluation, performance et éthique clinique)	7 séances
Mme Lucyna Lach	Présidente
M. Lucio D'Intino	Membre
Mme Linda Fortier (jusqu'au 15 juin 2022)	Membre
Mme Nona Moscovitz (depuis novembre 2022)	Membre
Mme Susan Karpman (jusqu'au 29 septembre 2022)	Membre
Mme Joanne Côté	Membre
Mme Laura Turcato (depuis janvier 2023)	Membre
M. Jean-Philippe Payment	Membre
Dr Lawrence Rosenberg	Membre

COMITÉ DE RÉVISION (coordination par le Bureau du président-directeur général)	28 séances
Mme Alyssa Yufe	Présidente
M. Ron Waxman	Président substitut
Dre Sylvie Boulet	Membre
Dre Judy Glass	Membre
Dre Carmella Roy (jusqu'au 5 avril 2022)	Membre substitut
Dr Samuel Marmane (à partir du 15 juin 2022)	Membre substitut
Dr Dan Liberman	Membre substitut

Les comités consultatifs :

COMITÉ CONSULTATIF DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF	
M. Richard Dubrovsky (jusqu'au 31 décembre 2022)	Président
M. Eric Maldoff (à partir du 1er janvier 2023)	Co-président
M. Edward Wiltzer (à partir du 1er janvier 2023)	Co-président
Mme Heather Adelson	Membre
M. David Amiel (jusqu'au 31 décembre 2022)	Membre
Mme Lindsay Hollinger	Membre
M. Gerald Issenman	Membre
M. Howard Liebman	Membre
Dre Karen Sigman	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DE L'HÔPITAL MONT-SINAÏ	
M. Brian Becker	Co-président
M. Elliot Bier	Co-président
Mme Amanda Blatt	Membre
Mme Louise Hébert-Lalonde	Membre
M. Leon Krolik	Membre
Mme Pamela Litwin-Boidman	Membre
Dre Nathalie Saad	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DU CHSLD JUIF DONALD BERMAN	
M. Don Prinsky (jusqu'au 3 février 2023)	Président
Mme Barbra Gold (à partir du 26 janvier 2023)	Membre
Dre Adriana Backer (à partir du 16 mars 2023)	Membre
M. Len Lewkowict (à partir du 26 janvier 2023)	Membre
M. Bram Freedman	Membre
M. Michael Corber (à partir du 26 janvier 2023)	Membre
M. Syd Gartner (jusqu'au 25 janvier 2023)	Membre
Dr Mark Karanofsky (jusqu'au 25 janvier 2023)	Membre
M. Mitch Kendall	Membre
M. Bradley Steinmetz (jusqu'au 25 janvier 2023)	Membre
Mme Lili Yesovitch	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE GÉRIATRIQUE MAIMONIDES DONALD BERMAN	
M. Murray Goodz	Président
M. Danny Baum	Membre
M. Bradley Steinmetz (à partir du 26 janvier 2023)	Membre
M. Syd Gartner (à partir du 26 janvier 2023)	Membre
M. Michael Corber (jusqu'au 25 janvier 2023)	Membre
Mme Angela D'Angelo	Membre
Mme Karen Flam	Membre
M. Leonard Lewkowict (jusqu'au 25 janvier 2023)	Membre
Mme Randi Gitnick (à partir du le 22 septembre 2022)	Membre
M. Fred Naimer (jusqu'au 25 mai 2022)	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE MIRIAM	
Dr Abe Fuks	Président
M. Geoffrey Chambers	Membre
Mme Manon Carle Dagenais	Membre

M. Warren Greenstone	Membre
Mme Diane Guerrero	Membre
M. Salvatore Guerrero	Membre
Mme Dahlia Waisgrus	Membre

COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE DE RÉADAPTATION LETHBRIDGE-LAYTON-MACKAY	
Mme Caroline Storr-Ordolis (jusqu'au 10 avril 2022)	Présidente
M. Richard Bond (jusqu'au 10 avril 2022)	Membre
Mme Enza deCubellis	Membre
M. Paul Gareau	Membre
Mme Randy Robins	Membre
Mme Sara Saber-Freedman	Membre
Mme Diane States	Membre

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

- Comité des usagers – Président M. Lucio D'Intino
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens – Président Dr Mark Karanofsky
- Conseil des infirmières et infirmiers – Présidente Mme Elisabeth Laughrea
- Comité multidisciplinaire – Présidente Mme Suzanne Leroux
- Conseil des sages-femmes – Présidente Mme Marie-Hélène Théberge
- Comité de qualité et gestion des risques – Co-Présidentes Mme Joanne Côté et Mme Judith Tiao (jusqu'en janvier 2023) et Mme Maude Beaupré (à partir du 27 mars 2023)
- Table locale Côte-Saint-Luc – NDG – Montréal-Ouest du Département régional de médecine générale (DRMG) – Chef de la table locale Dr Michael Kalin
- Table locale Côte-des-Neiges – Métro – Parc-Extension du Département régional de médecine générale (DRMG) – Cheffe de la table locale Dre Amélie Desjardins-Tessier

3.3 LES FAITS SAILLANTS

Comme chaque année, nos directions sont très actives et développent de nombreux projets visant à améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services offerts. Que ce soit par la bonification d'une offre de services déjà existante, par l'implantation d'un nouveau programme ou encore la mise en place de mesures pour nos employés, toutes nos directions cherchent en permanence des façons de s'améliorer. Nous présentons dans ce chapitre uniquement quelques-unes des réalisations de l'année. Veuillez noter que les réalisations en lien avec les ressources informationnelles sont présentées au chapitre 9. *Ressources informationnelles*.

3.3.1 NOUVELLES OFFRES DE SERVICES DÉVELOPPÉES

Voici certaines des nouvelles offres de services qui ont été développées dans le courant de l'année par nos équipes.

AIRE OUVERTE

Le programme Aire Ouverte, destiné aux personnes âgées de 12 à 25 ans, a accueilli ses premiers jeunes au cours de l'année 2022-2023 dans leur installation temporaire. L'équipe d'intervenants est maintenant complète et en mesure de répondre aux jeunes qui cognent à leur porte et ce, peu importe leur besoin. L'équipe multidisciplinaire est prête à accompagner les jeunes de notre territoire qui autrement n'iraient pas chercher les services de santé et les services sociaux dont ils ont besoin.

IMPLANT COCHLÉAIRE

Le Pôle Ouest du Programme Québécois en implant cochléaire est maintenant ouvert au CIUSSS du Centre-Ouest. Ce programme, qui offre des services de proximité pour les usagers de l'ouest de la province, a été réalisé en collaboration avec le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Pour cette nouvelle trajectoire, les équipes en déficience auditive du Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay ont maintenant le mandat additionnel de participer aux évaluations des candidatures, au comité de sélection et à la programmation initiale des usagers anglophones du Québec qui demandent ce

service. Ce nouveau mandat demande une réorganisation importante des ressources et le développement d'une nouvelle expertise. Les activités cliniques ont débuté en octobre 2022 et la première chirurgie a eu lieu en janvier 2023. De plus, 9 clients supplémentaires ont été évalués depuis janvier 2023.

PROJET PILOTE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MYOSITE

La myosite est une maladie auto-immune, qui provoque une inflammation et une faiblesse au niveau des muscles ou de la peau et des muscles. Les atteintes musculaires peuvent provoquer des douleurs musculaires, et la faiblesse musculaire peut entraîner des difficultés à lever les bras au-delà des épaules, à monter les escaliers ou à se relever d'une position assise. En septembre 2022, le programme de rhumatologie du site Lethbridge a débuté un projet pilote en collaboration avec le service de rhumatologie de l'Hôpital général juif. Le projet consiste à suivre les personnes nouvellement diagnostiquées avec la myosite de façon ponctuelle en physiothérapie, pour l'intégration d'un programme d'exercices. Les sessions sont offertes pour une durée d'environ trois mois.

NOUVEAUX SERVICES DANS LE PROGRAMME CONDUITE ET ADAPTATION DE VÉHICULES

Le Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay est fier de compter maintenant six ergothérapeutes certifiés pour Joysteer, un système de conduite électronique pour les personnes ayant une déficience physique

modérée à sévère. Ce nouveau système permet de rendre accessible le fonctionnement d'un véhicule à une plus grande variété de clients. De plus, nous avons également lancé le programme "Nouveaux Conducteurs", destiné spécifiquement aux adolescents et jeunes adultes, afin d'améliorer leurs chances de réussite à l'obtention du permis de conduire.

PROJET DE L'INFIRMIÈRE VIRTUELLE À L'UNITÉ DES SOINS INTENSIFS NÉONATAUX (USIN)

Le concept d'infirmière virtuelle permet l'optimisation des ressources humaines en mettant à contribution les infirmières en retrait préventif qui ne peuvent pas être sur les lieux physiques de leur environnement de travail. Grâce à ce projet, les infirmières virtuelles sont en télétravail, et communiquent avec les infirmières de l'unité à partir de leur ordinateur. De leur côté, les infirmières de l'unité utilisent des iPads sur trépied mobile, et les communications se font à l'aide de la plateforme Microsoft Teams. De cette façon, les infirmières en retrait préventif peuvent ainsi utiliser leurs connaissances, leur expérience et leur expertise pour soutenir leurs collègues et contribuer aux transferts de savoirs à l'équipe soignante. De plus, elles sont en mesure d'offrir un soutien émotionnel et psychologique aux parents, et d'ainsi avoir un impact positif sur leur expérience de soins et leur bien-être.

CLINIQUE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE (IPS) À L'HÔPITAL DE MÉDECINE DE JOUR

Les patients qui se présentent à l'urgence de l'Hôpital général juif, et pour lesquels un niveau de priorité P3, P4 ou P5 est attribué², peuvent être réorientés directement de la salle d'urgence vers la clinique d'IPS située à l'hôpital de médecine de jour de l'Hôpital général juif. Cette réorientation permet ainsi

de désengorger notre urgence, et permet également aux patients d'être pris en charge dans un environnement plus adapté à leur condition. À ce jour, ce sont 762 patients qui ont été vus depuis le lancement le 27 juin 2022.

PROGRAMME DE DÉPISTAGE AUDITIF CHEZ LES NOUVEAUX-NÉS

En collaboration avec le département d'audiologie, ce sont 99,5% des bébés nés à l'Hôpital général juif qui bénéficient d'un dépistage auditif. Ce dépistage systématique permet ainsi d'implanter rapidement les mesures adéquates, lorsqu'un enjeu est détecté.

DÉCLARATION D'HÉBERGEMENT À DOMICILE

Ce projet permet aux usagers qui ont terminé leur épisode de soins actifs à l'HGJ et qui sont attendus d'une place dans un établissement d'hébergement, de demeurer à domicile pendant cette période d'attente de quelques semaines. Ces usagers sont suivis à domicile par l'équipe de SAPA-SAD, qui adapte son offre de services en fonction des besoins requis, notamment en offrant des services 24/7. Depuis le lancement du programme en septembre 2022, ce sont ainsi 25% des usagers de la cohorte qui sont retournés à domicile en attente de leur hébergement.

² Priorité 3 (P3) : votre problème de santé, bien qu'important, ne menace pas votre vie.

Priorité 4 (P4) : vous ne devez pas nécessairement être pris en charge immédiatement.

Priorité 5 (P5) : votre problème de santé est sans gravité et vous devriez plutôt être traité en clinique médicale ou en CLSC.

Source : <https://santemontreal.qc.ca/population/informations-pratiques/comment-fonctionne-une-salle-durgence>

AMÉLIORATION DE LA COMMUNICATION EN CHSLD

Nous avons implanté la plateforme de communication en ligne SAPAconnection dans tous nos CHSLD. Cette plateforme est accessible à nos résidents, à leurs proches significatifs et à nos employés, à partir d'Internet ou par une application. La plateforme SAPAconnection offre un aperçu de la vie quotidienne des résidents dans chacun de nos sept sites d'hébergement et de soins de longue durée, et comprend les horaires quotidiens, les menus, le calendrier des activités offertes, des photos et des vidéos. Une fonction de messagerie est également offerte, ce qui nous permet de publier toutes les communications par le biais de SAPAconnection, plutôt que d'être envoyées par courrier électronique depuis le site.

INFO-SANTÉ

Plusieurs réalisations, en collaboration avec des partenaires, ont visé à offrir un accès plus rapide à Info-Santé pour la clientèle vulnérable des enfants, ainsi qu'à faciliter l'accès à des rendez-vous médicaux pour la clientèle pédiatrique et les adultes pour éviter le recours à l'urgence.

Un projet pilote de télé-triage virtuel a également été mis en place avec l'urgence de l'Hôpital général juif. Ce projet pilote visait à réorienter les appelants de notre territoire, qui auraient été habituellement dirigés vers l'urgence selon les protocoles établis, vers d'autres ressources pertinentes à leur condition. Cette réorientation était permise grâce à l'évaluation clinique faite par triage virtuel par du personnel de l'urgence. Pour la durée du projet pilote, ce sont ainsi 56% de ces personnes n'ont pas eu à se présenter à l'urgence, et ont été réorientées vers d'autres ressources appropriées à leur condition.

PRAIDA ET RESSORTISSANTS UKRAINIENS

Le Programme régional d'accueil et d'intégra-

tion des demandeurs d'asile (PRAIDA) a été impliqué dans le cadre de l'arrivée des ressortissants ukrainiens fuyant la guerre. L'équipe du PRAIDA a été mandatée afin d'offrir un bilan de santé et de bien-être aux ressortissants ukrainiens. De plus, afin de soutenir l'arrivée d'un vol nolisé de ressortissants ukrainiens en mai 2022, une clinique temporaire d'infirmières a été mise sur pied par l'équipe du PRAIDA au sein des sites d'hébergement du ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration.

IMPLANTATION D'UN PROJET DE RÉGULATION RPA-RI

Nous avons implanté un projet de régulation RPA-RI, qui vise l'amélioration en continu des trajectoires de soins et services, pour éviter le recours aux urgences des usagers en RPA-RI. Ce projet a requis la révision des rôles et responsabilités des équipes dédiées RPA, la création d'un outil d'aide à la décision pour les responsables RPA et RI, une tournée d'information à chacune des RPA et RI, la mise en place de trajectoires alternatives à l'urgence, le développement d'indicateurs de suivi et l'élaboration de processus et d'outils pour le traitement et le suivi des appels de co-évaluation infirmière/paramédic.

IMPRIMANTES 3D

En utilisant les imprimantes 3D achetées dans le contexte de la pandémie pour fabriquer des visières (protection oculaire) pour notre personnel de la santé, nous avons élaboré un projet pilote pour la fabrication d'orthèses et de prothèses pour notre Centre de réadaptation Constance Lethbridge. Ainsi, le processus de fabrication qui était auparavant manuel a été optimisé par l'impression 3D. Le projet pilote a démontré des gains en productivité et précision de fabrication.

3.3.2 REHAUSSEMENT D'OFFRES DE SERVICES EXISTANTES ET RÉALISATIONS

REHAUSSEMENT DE L'OFFRE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Pérennisation de la clinique offerte à la clientèle ayant des besoins découlant d'un diagnostic de déficience intellectuelle ou de troubles du spectre de l'autisme. Ce service permet à cette clientèle suivie par la direction DI-TSA-DP d'avoir accès à une consultation auprès d'un psychiatre.

Rehaussement de l'équipe Connexion : Ajout de 5 nouveaux intervenants au sein de l'équipe Connexion, dédiée aux populations plus vulnérables et désaffiliées. L'équipe Connexion est ainsi en mesure de mieux rejoindre les personnes en situation d'itinérance et d'agir plus efficacement au niveau de la prévention de la dépendance.

Accueil de nouveaux intervenants dans le programme des premiers épisodes psychotiques, ce qui nous permet désormais de répondre à davantage de jeunes adultes vivant un premier épisode psychotique.

DÉVELOPPEMENT DE LA RÉSILIENCE COMMUNAUTAIRE POST-PANDÉMIE

Né d'une initiative ministérielle en 2020, le réseau des Éclaireurs a continué son essor sur notre territoire en 2022-2023. Sous le leadership de la direction des programmes en santé mentale, en dépendance et en itinérance, le réseau des Éclaireurs est composé de personnes de la communauté qui acceptent de devenir les yeux et les oreilles de ce qui se vit dans nos quartiers. Le réseau des Éclaireurs devient ainsi un filet social d'entraide pour favoriser le bien-être psychologique dans différents milieux de vie. Sur notre territoire, nous avons le privilège d'avoir des citoyens et des partenaires qui contribuent ainsi à renforcer la résilience communautaire et le tissu social.

POLARISATION

L'équipe Polarisation a augmenté de 30% ses interventions auprès d'usagers et de partenaires, ce qui représente 1 700 interventions menées auprès de la clientèle présentant une polarisation sociale menant à la violence et auprès de leurs proches, des actions de sensibilisation et de prévention, des démarches visant à faire mieux connaître les services de l'équipe ainsi qu'à faciliter l'accès pour les personnes ayant besoin de ces services. L'équipe Polarisation est un partenaire du ministère de l'Éducation dans leur plan d'action pour contrer l'intimidation scolaire menant à une sensibilisation et une proximité des services dans les milieux scolaires. L'équipe Polarisation a publié un guide d'intervention pour le milieu scolaire suite à des événements de violence en lien avec des polarisations sociales permettant une intervention plus structurée et aidant à prévenir les impacts à long terme et le développement de traumatismes suite à l'exposition à de tels événements.

EXPANSION DU PROGRAMME DE RÉADAPTATION PULMONAIRE AMBULATOIRE

Le programme de réadaptation pulmonaire ambulatoire a obtenu un financement supplémentaire afin d'ajouter des postes de professionnels au sein de l'équipe interdisciplinaire. Ainsi, un kinésiologue, un travailleur social et un nutritionniste ont été recrutés. L'offre de services a également été développée pour inclure l'accès à des consultations en travail social et en nutrition pour cette clientèle. L'élargissement du modèle communautaire hybride à un programme virtuel à domicile a permis d'optimiser l'accès à la réadaptation pulmonaire. Notre modèle de soins hybrides, ainsi que le développement de l'équipe, ont augmenté la capacité de notre programme. Ce sont ainsi 43% de patients supplémentaires qui ont accédé à notre

programme de 8 semaines en 2022-2023. Dans le but d'améliorer l'expérience-patient de ce programme, des cohortes en anglais sont désormais proposées deux fois par an.

MODERNISATION DE LA CLINIQUE DE BASSE VISION

La clinique de basse vision pédiatrique, du site MAB du Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay, a été inaugurée en septembre 2022. Récemment rénovés, les locaux comprennent une clinique d'optométrie pédiatrique de pointe, une chambre noire spécialisée pour la thérapie visuelle ainsi qu'une salle de classe factice. Cette dernière s'avère une innovation importante puisqu'elle prépare les enfants et les jeunes à intégrer des classes dites « normales ». Cet endroit permet d'aider les enfants à atteindre tout leur potentiel en leur offrant la possibilité d'apprendre en quoi consiste l'environnement d'une salle de classe, à apprendre comment utiliser les aides visuelles dont ils ont besoin en classe pour qu'ils puissent se préparer et faciliter leur intégration.

En parallèle, les cliniciens de la Clinique de Basse-Vision (CBV) et du programme de réadaptation en Déficience visuelle 25+ ont uni leurs forces, leurs compétences et leurs expertises afin d'améliorer l'offre de service lors du passage de la clientèle à la CBV. Ce rehaussement des services résulte en une diminution du délai d'attente pour un premier rendez-vous ainsi qu'une optimisation de la prise en charge des usagers, car ils obtiennent plusieurs de leurs aides visuelles lors de ce premier rendez-vous.

ACCUEIL CLINIQUE

La clinique compte maintenant 9 chemine-ments actifs, afin d'optimiser l'accès des usagers aux plateaux techniques et spécialistes de l'hôpital. À l'avant-garde depuis ses débuts, l'accès est aussi offert aux patients de l'urgence afin d'éviter les retours, améliorer

la prise en charge ainsi que la satisfaction de la clientèle. Les chemine-ments concernent ainsi la suspicion de thrombose veineuse profonde, la suspicion d'accident ischémique transitoire, le saignement au 1er trimestre de grossesse, la suspicion d'un nodule pulmonaire, la suspicion de colique biliaire, la suspicion de diverticulite, l'hématurie microscopique, l'hématurie macroscopique et la fibrillation auriculaire. Le cheminement pour la suspicion d'angine de poitrine est en cours de développement.

CENTRES DE PRÉLÈVEMENTS

Cette année, nous avons ajouté plus de 10 000 rendez-vous disponibles à la population dans nos 5 centres de prélèvements, pour un total de 95 000 rendez-vous. En parallèle, nous avons conclu une entente avec la Table des pharmaciens et les GMF du territoire, afin de permettre un corridor d'accès rapide aux rendez-vous urgents pour les usagers.

REHAUSSEMENT DE L'OFFRE DE SERVICES RÉCRÉATIFS EN CHSLD

L'offre de services récréatifs a été accrue et diversifiée dans tous nos CHSLD, afin de prévenir le déconditionnement de nos résidents et leur assurer de maintenir la meilleure qualité de vie possible. Des activités telles que le café céramique, le yoga, des spectacles musicaux, des chorales et des événements des fêtes sont ainsi offertes.

ACCUEIL DE STAGIAIRES

Au total, ce sont 3 537 stagiaires en soins infirmiers, préposés aux bénéficiaires, auxiliaires aux services de santé et sociaux et de disciplinaires multidisciplinaires (ergothérapie, physiothérapie, travail social, etc.) qui ont été accueillis dans nos différentes installations, ainsi que 780 étudiants en médecine et 730 résidents.

NOUVELLE AFFILIATION AVEC L'UNIVERSITÉ CONCORDIA

L'année 2022-2003 s'est démarquée aussi par l'établissement d'une nouvelle affiliation avec l'Université Concordia, qui se joint aux trois autres universités avec lesquelles notre établissement a des contrats d'affiliation pour développer des partenariats en recherche et enseignement au sein de notre CIUSSS : l'Université de Montréal, l'Université McGill et l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Les nouveaux projets et partenariats motivent nos équipes à toujours innover et chercher les façons les mieux adaptées de répondre aux besoins des usagers et du RSSS.

DYNAMISME DE NOTRE VOLET RECHERCHE

En tout, 1 344 projets de recherche ayant obtenu l'autorisation institutionnelle sont en cours au sein de notre établissement.

GRANDS PROJETS MAJEURS DE CONSTRUCTION ET DE RÉNOVATION

En plus des travaux liés au maintien des actifs et aux rénovations fonctionnelles, notre CIUSSS est engagé dans 3 projets majeurs :

- **Projet de la Phase 4 du pavillon K :** Nous avons obtenu l'autorisation ministérielle pour la réalisation du projet majeur de la Phase 4 du pavillon K en août 2022. Ce projet, qui vise à moderniser l'ancienne partie de l'Hôpital général juif, notamment les unités d'hospitalisation, va s'étendre sur les 6 prochaines années.
- **Projet majeur d'efficacité énergétique :** Finalisation des travaux et fermeture du dossier d'économie d'énergie en mode ESE, dont les travaux ont affecté plusieurs sites de notre CIUSSS. Ce projet a consisté à réduire la consommation d'énergie de nos bâtiments, en optimisant les composants des systèmes de chauffage, de climatisation et de ventilation, et à intégrer la géothermie comme source d'énergie renouvelable. Maintenant que

le projet est terminé, nous bénéficions de toutes les économies anticipées, pour une valeur de l'ordre de 1,4M\$/an.

- **PRAIDA - Aménagement d'un site permanent pour les demandeurs d'asile :** Lancement du projet majeur de création d'un site d'hébergement pour 700 demandeurs d'asile. Le site est actuellement en construction par un partenaire privé, et sera livré en août 2023. Notre CIUSSS a signé un contrat de location pour 10 ans.

AMÉLIORATION DU TRANSPORT INTER-SITES DE MATÉRIEL

Grâce à une démarche d'amélioration de l'efficacité du service de transport de matériel, fournitures, courrier, etc. entre nos différentes installations, nous avons obtenu une réduction des coûts de 30%, et avons maintenant accès à des données en temps réel sur nos routes de transport et les demandes additionnelles.

3.3.3 NOS EMPLOYÉS

RECRUTEMENT

- **Recrutement stratégique - augmentation de la visibilité**
 - La visibilité des offres d'emploi de notre CIUSSS a été largement renforcée par la création de vidéos promotionnelles des unités, des titres d'emploi et des installations ayant un plus grand besoin de promotion. Au total, ce sont 8 vidéos qui ont été produites et publiées depuis 2022, et au moins 2 autres sont déjà en production.
 - Des visuels attrayants d'offres d'emploi (38) ont également été développés et partagés sur nos réseaux sociaux.
 - De courtes vidéos (*ree/s*) sur Instagram ont été produites en collaboration avec l'équipe des communications pour promouvoir certaines offres d'emploi.

- Nos efforts conjoints avec l'équipe des communications concernant l'utilisation des réseaux sociaux nous ont permis de nous classer parmi les meilleurs établissements du Réseau de la Santé et des Services sociaux en termes d'abonnements à nos pages, ce qui nous permet d'avoir une plus grande portée lorsqu'une offre d'emploi est publiée.
- Participation aux missions de recrutement international de Recrutement Santé Québec.
- Partenariat avec la Direction des Soins infirmiers :
 - Nous avons introduit le recrutement des CEPI (Candidats/Candidates à l'exercice de la profession en soins infirmiers) dans de nouvelles missions de notre CIUSSS : SAPA et Réadaptation, ainsi que dans de nouveaux départements tels que la salle d'accouchement et le bloc opératoire.
 - Nous avons également introduit le recrutement des externes en soins infirmiers dans de nouvelles cliniques : la clinique de radio-oncologie, la clinique OPAT (traitement par antibiotiques par voie intraveineuse) et l'hôpital de médecine de jour.
- Participation au Pacte pour l'inclusion au travail des personnes immigrantes :
 - Il s'agit d'un projet codéveloppé avec le Bureau des nouveaux arrivants à Montréal, de la Ville de Montréal, qui vise à générer des idées innovantes pour l'attraction, l'embauche, l'intégration et la progression des personnes immigrantes.

PROGRAMMES ET MESURES DÉVELOPPÉS POUR SOUTENIR NOS EMPLOYÉS ET NOS GESTIONNAIRES

- Développement des compétences du personnel :
 - Soutien aux utilisateurs de la plateforme de formations partagées de l'ENA (Environnement numérique d'apprentissage) : 224 activités suivies totalisant 19 444 participations.
 - Compilation des activités de formation autres que l'ENA : 1 658 activités suivies totalisant 10 570 participations.
- Mise en place d'une offre de formation annuelle destinée aux gestionnaires en exercice :
 - 13 ateliers de développement ont été organisés, pour un total de 287 participants.
- Organisation de la deuxième Semaine de la gratitude – Édition 2022, qui vise à reconnaître l'engagement de tous nos employés, et à les en remercier.
- Programme d'accueil et d'intégration des nouveaux employés :
 - 669 personnes ont complété le programme, avec un taux de satisfaction global de 4,4/5.
- Rendez-vous des leaders :
 - 2 événements virtuels ont eu lieu sur la déconnexion et l'importance de prendre soin de soi comme gestionnaire, ainsi que sur la Diversité, équité, inclusion et appartenance (DEIA).
 - Avec une moyenne de 325 participants par événement, ce sont ainsi 80 à 90 % de nos cadres en exercice qui ont participé à ces événements en présence.

FORMATION DE LA RELÈVE

- Lancement de la 3e cohorte du programme de relève des cadres intermédiaires, qui rassemble 30 participants.
- Lancement de la 3e cohorte du programme national de développement des leaders (MSSS-cadres supérieurs et hors cadres), qui rassemble 10 participants : 3 pour la relève PDG, PDGA et hors cadres, et 7 pour la relève cadres supérieurs.

INITIATIVE DIVERSITÉ, ÉQUITÉ, INCLUSION ET APPARTENANCE (DEIA)

- Cette initiative a été lancée en avril 2022, grâce à l'embauche d'une conseillère spécialisée en DEIA et à la mise en place d'un comité consultatif composé de membres du personnel du CIUSSS.
- Le mandat du comité consultatif est de guider les efforts du CIUSSS dans l'élaboration de la consultation à mettre en place auprès de la communauté en matière de DEIA, et d'offrir un espace de discussion et de collaboration autour des questions liées à la DEIA.
- 4 groupes de travail ont été lancés : Situation de handicap et accessibilité, peuples autochtones, communautés ethnoculturelles, diversité sexuelle et pluralité des genres.
- Deux conférences-midi « Discuter et comprendre » ont été tenues, afin de démystifier et sensibiliser sur divers sujets touchant la DEIA.

SANTÉ, SÉCURITÉ ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

- Cabines de détente *Recharjme* :
 - Ces cabines insonorisées comportent un siège chauffé de massage en apesanteur, différents programmes de relaxation et une lampe de luminothérapie. Elles permettent à chaque

employé qui le souhaite de prendre un moment de repos et de relaxation.

- Les cabines *Recharjme* sont déployées dans 7 de nos sites : Hôpital général juif, Centre gériatrique Maimonides Donald Berman, Hôpital Richardson, Centre d'hébergement Henri-Bradet, Hôpital Catherine-Booth, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge-Mackay et Hôpital Mont-Sinaï.
- La ligne covid-19 pour le personnel a été maintenue, en cette année encore marquée par la pandémie :
 - Plus de 50 000 appels ont été traités durant l'année 2022-2023.
 - L'équipe a élargi sa gamme de services en collaboration avec le service de prévention des infections, en réalisant des suivis auprès des membres du personnel ayant eu des contacts avec d'autres maladies infectieuses comme la méningite, la tuberculose, le zona et autres.
- Prévention de la violence au travail :
 - Démarche d'accompagnement des gestionnaires pour soutenir le personnel lors de situations de violence : inspection des lieux de travail, élaboration de plans d'action et suivis des recommandations notamment en lien avec la mise en place de mesures préventives et l'organisation de formations adaptées.
 - Démarches en place pour soutenir et accompagner les équipes vivant plusieurs événements traumatisants.

3.3.4 VOS SOINS PARTOUT/ CARE EVERYWHERE

L'initiative "Vos soins partout / *Care everywhere*" a été officiellement lancée en 2023 dans notre CIUSSS. Cette initiative nous permet de regrouper nos projets de soins virtuels sous une même vision : Le Centre de commandement, les programmes de soins virtuels, nos travaux sur le Dossier santé connecté et notre incubateur de santé connecté OROT.

CENTRE DE COMMANDEMENT (C4)

Notre centre de commandement, le C4 (Continuum de soins, Collaboration, Communication, Créativité) est le centre névralgique numérique de notre CIUSSS, et est maintenant bien établi dans notre organisation professionnelle.

Des données en temps réel sont ainsi fournies à nos intervenants cliniques au sujet des soins prodigués aux usagers à l'échelle du CIUSSS. Ces données permettent une prise de décisions avisée, visant l'amélioration des flux de patients, l'optimisation de l'accès ou encore la diminution des délais d'attente. Ultimement, c'est ainsi l'expérience usager que nous cherchons à améliorer dans son ensemble.

Les priorités initiales du C4 se sont concentrées sur l'engorgement à l'urgence, la diminution du nombre de patients de niveau de soins alternatifs (NSA) et l'amélioration de l'accès à une première intervention pour notre clientèle de santé mentale. Chacune de ces priorités utilise une feuille de route similaire : une révision des processus de fonctionnement, la création d'équipes inter-directions, la promotion d'une communication en continu, la facilitation de l'accès aux données opérationnelles et le développement d'outils de prédiction des volumes patients. Depuis son lancement en avril 2021, nous constatons un impact significatif pour

les trois priorités d'accès, avec une diminution marquée des délais d'attente.

Le C4 aborde de manière agile la mise en œuvre progressive de divers projets, et apporte un changement de culture organisationnelle en mobilisant des intervenants de toutes les directions (concept de "Team of Teams") autour d'un mandat ou d'une trajectoire de soins spécifique. Le transfert d'information est intensifié par des caucus qui transcendent la hiérarchie.

L'excellence de ce modèle a d'ailleurs été soulignée par le MSSS, qui a intégré le centre de commandement comme l'une des recommandations du Plan "Plus humain, plus performant : Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé", déposé par le Ministre Dubé. Des centres de commandement sont maintenant en implantation dans plusieurs établissements de santé du RSSS.

PROGRAMME DE SOINS VIRTUELS

Notre programme de soins virtuels rassemble plusieurs projets, notamment l'hôpital@domicile, la récupération@domicile et la réadaptation@domicile.

Hôpital@Domicile

En s'appuyant sur notre centre de commandement, nous avons été en mesure d'étendre notre programme d'hôpital@domicile à plusieurs trajectoires. Ce programme permet ainsi à certains usagers, répondant aux critères établis, de poursuivre leur épisode de soins dans le confort de leur foyer, et permet également de libérer des lits d'hospitalisation pour des patients dont la condition clinique requiert une prise en charge en milieu hospitalier.

Ces patients sont intégrés à une unité virtuelle où leur santé et leur bien-être font l'objet d'un suivi par une équipe virtuelle d'infirmières, de médecins et d'inhalothérapeutes. Chaque patient est accompagné par

une équipe pour son retour à domicile, qui valide le fonctionnement de l'oxygène et du dispositif portable qui lui est remis pour le suivi de ses signes vitaux, et valide la compréhension des enseignements déjà donnés à l'hôpital. Les signes vitaux sont ainsi par la suite surveillés en continu à distance grâce à des dispositifs portables, et les patients ont un accès direct à une infirmière de soins virtuels. Des visites virtuelles ont lieu tous les jours par l'ensemble de l'équipe de soins, et l'équipe de Soutien à domicile se déplace également au domicile du patient, en fonction de ses besoins. 164 patients ont ainsi été hospitalisés à domicile dans la dernière année. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux a intégré ce modèle dans leurs initiatives d'alternatives à l'hospitalisation et nous les accompagnons dans la démarche de déploiement dans d'autres établissements de la province.

Récupération@Domicile

Ce programme permet à des patients ayant subi une chirurgie de recevoir leur congé plus tôt de l'Hôpital général juif, grâce au suivi à distance et au soutien de nos infirmières des soins virtuels. Sans ce programme, ces patients auraient été hospitalisés quelques jours de plus. Au 31 mars 2023, ce sont ainsi 89 patients qui ont pu obtenir un congé précoce pour récupérer dans le confort de leur foyer.

Réadaptation@Domicile

Afin d'accroître notre capacité d'accueil, l'équipe de réadaptation de l'Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) a collaboré étroitement avec l'équipe de l'hôpital@domicile pour développer une offre de services de réadaptation dans une RPA. Depuis le mois de juin 2022, ce sont ainsi 4 lits de la RPA Le Glenmount qui sont disponibles pour accueillir des usagers admis à l'HGJ pour des suivis conjoints par l'équipe de l'UTRF et celle de l'hôpital@domicile. Depuis

le lancement du programme, 19 clients ont pu en bénéficier.

DOSSIER SANTÉ CONNECTÉ (DSC)

Le DSC est un projet collaboratif d'innovation ayant comme objectif le co-développement d'un dossier médical électronique à la fine pointe de la technologie. Le DSC servira de plaque tournante du futur écosystème de la santé numérique, unifiant l'information sur les patients dans l'ensemble du continuum de soins et intégrant des données essentielles provenant de sources de données non traditionnelles, y compris les déterminants sociaux de la santé. Cette initiative établit le cadre de technologie de l'information, qui est la condition préalable nécessaire pour passer à des soins fondés sur la valeur. Le DSC est en cours de co-développement avec Harris Healthcare, un fournisseur mondial de solutions de soins de santé numériques. Le tableau de bord des trajectoires des patients, la première composante du DSC, fournira une vue intégrée des visites et parcours des patients dans l'ensemble des missions du CIUSSS, et permettra aux cliniciens de consulter la documentation associée et les rapports de diagnostics à partir d'une seule interface dans une seule application conviviale. Ce tableau de bord sera disponible à la fin de l'été 2023.

OROT – INCUBATEUR DE SANTÉ CONNECTÉ

Nous poursuivons le développement de l'incubateur de santé connecté OROT, qui a pour mission de réinventer les soins de santé et de transformer l'expérience des usagers au moyen d'un modèle intégré de recherche, d'innovation et d'implantation centré sur le patient et soutenu par des données scientifiques à grande échelle. Le CIUSSS, en tant qu'établissement public de santé, souhaite s'assurer que le développement des nouvelles technologies via OROT et en collaboration avec le secteur privé, entraîne des bénéfices pour le

système de santé québécois et ses usagers. La force principale d'OROT réside dans sa compréhension des besoins non comblés et sa capacité d'élargir l'accès aux utilisateurs finaux, cliniciens et chercheurs, pour ainsi permettre aux partenaires du secteur d'œuvrer ensemble afin de développer et de valider leurs solutions à l'échelle d'un réseau de soins de santé couvrant tout le continuum de soins.

Par l'implication d'OROT, le CIUSSS met son expertise clinique et ses connaissances du réseau de la santé et des services sociaux au service de l'avancement et de l'accélération de nouvelles technologies en santé. Notre plateforme d'innovation comprend les ressources, installations et systèmes d'un vaste réseau de services de soins de santé et sociaux, représentatif de l'ensemble du marché des soins de santé. <https://orot-jgh.org/fr/>

3.3.5 DISTINCTIONS ET RAYONNEMENT

Nos équipes se distinguent pour leur créativité et l'excellence des services prodigués. Voici quelques-unes seulement des distinctions qui leurs ont été accordées :

CENTRE DE COMMANDEMENT

- Prix d'excellence de l'Institut d'administration publique du Québec dans la catégorie "Santé et Services sociaux" : Ce prix vise à reconnaître les innovations, diffuser les meilleures pratiques et promouvoir l'excellence et la performance dans les organisations.
- *Medical Post Award – Interdisciplinary approach* (Canada) : Ce prix de niveau canadien reconnaît l'importance de l'interdisciplinarité dans la mise en œuvre d'un projet d'envergure.

HÔPITAL@DOMICILE :

- Grand prix Hippocrate 2022, qui reconnaît l'initiative ayant créé le plus de valeur pour l'une ou pour l'ensemble des parties

prenantes du milieu de la santé et des services sociaux.

- Reconnaissance de la prestation de soins santé axés sur la valeur 2023 du Collège canadien des leaders en santé : ce prix national souligne les réussites d'équipes et d'organisations exemplaires, encourage l'échange de connaissances, célèbre l'excellence et les meilleures pratiques au sein du secteur de la santé.

CLINIQUE GAMF

La clinique GAMF est une clinique infirmière de prévention, de dépistage et de suivi à court terme pour les usagers sans médecin de famille. Ce service de proximité de prise en charge rapide permet aux patients d'éviter des complications ainsi que des visites à l'urgence. Cette année, ce sont 1 299 usagers qui ont été vus et 5 291 dépistages qui ont été effectués, dont 87% étaient anormaux. La clinique GAMF a obtenu de nombreux prix :

- Prix Stars du Réseau de la santé (Caisse Desjardins du Réseau de la santé) dans la catégorie Moderne : Ce prix vise à souligner et à reconnaître l'implication des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux dans leur objectif d'offrir de meilleurs soins à la population. Plus particulièrement, le prix "Moderne" reconnaît les projets qui génèrent des avantages pour l'organisation, les patients et leur famille en mettant de l'avant de nouvelles façons de faire.
- Prix Hippocrate 2022 : Mention spéciale.
- Prix Innovation Banque Nationale de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers Montréal/Laval : Ce prix met en valeur l'expertise infirmière à travers des projets novateurs implantés dans toutes les régions du Québec.

APPLICATION BELONG

Cette application a été développée pour les patients atteints du cancer et leurs proches. Elle permet l'accès à une communauté privée qui offre du soutien, des ressources informationnelles en ligne ainsi que dans la communauté, des conseils et du matériel pédagogique pour les aider à traverser cette épreuve.

- Prix de cancérologie du Programme Québécois de Cancérologie : ce prix vise à reconnaître des projets ayant pour objectif d'améliorer les soins et services aux personnes touchées par le cancer.

L'HGJ CLASSÉ PARMİ LES MEILLEURS HÔPITAUX SPÉCIALISÉS DANS LE MONDE PAR LE MAGAZINE NEWSWEEK

- Six mois après avoir été reconnu comme l'un des meilleurs hôpitaux au monde en 2022 par le magazine Newsweek, l'HGJ se distingue à nouveau en étant classé parmi les meilleurs hôpitaux spécialisés au monde en 2023. Le classement est fondé sur les recommandations des professionnels de la santé, les résultats des sondages auprès des patients et les indicateurs clés de rendement médical. Cet excellent résultat vient récompenser les équipes de l'Hôpital général juif pour leurs efforts infatigables visant à prodiguer des soins centrés sur les patients, empreints de compassion et d'attention aux besoins émotionnels des patients et de leur famille, ainsi que l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts par l'intégration d'innovations technologiques et de recherches scientifiques.

LE CIUSSS DISTINGUÉ COMME L'UN DES MEILLEURS EMPLOYEURS DE MONTRÉAL

- Pour la quatrième année consécutive, notre CIUSSS se distingue comme l'un des meilleurs employeurs de Montréal, en reconnaissance de l'importance que

cet organisme accorde à l'innovation, à l'engagement, au travail d'équipe et au bien-être de l'ensemble des membres de son personnel. Organisée par Mediacorp, la sélection des Meilleurs employeurs de Montréal met en lumière les employeurs du Grand Montréal reconnus comme des chefs de file dans l'établissement et le maintien de lieux de travail exceptionnels.

AGRÉMENT CANADA

- La Direction de la réadaptation et des services multidisciplinaires (DRSM) et la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) ont reçu la visite d'agrément Canada en décembre 2022. Les installations suivantes ont été évaluées : Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay, Centre Miriam, Complexe Guimont, Hôpital Catherine-Booth, Hôpital Mont-Sinaï, Hôpital Richardson et l'UTRF Le Glenmount. Nous avons obtenu d'excellents résultats avec une note globale de 97,5% pour la conformité aux critères du manuel d'évaluation DP-DI-TSA, pour les usagers inscrits et admis.
- Le Centre de jour du CHSLD St-Margaret a été visité par Agrément Canada. La moyenne de conformité obtenue pour les 4 chapitres évalués a été de 98,65%, ce qui est remarquable.

INSTITUTS DE RECHERCHE

Nos instituts de recherche se sont vus confier de nombreux nouveaux mandats ministériels, témoignant de la confiance qui nous est accordée par les instances gouvernementales. Citons notamment :

- Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles (IU-SHERPA) :
 - Dans le cadre du plan d'action gouvernemental (2021-2026) pour reconnaître et soutenir les personnes proches aidantes, l'institut a été mandaté par le Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI) afin d'identifier les organismes communautaires qui soutiennent les personnes proches aidantes issues des communautés ethnoculturelles minoritaires et développer des outils pour accompagner ces organismes dans leur soutien à ces clientèles;
 - Mandaté par l'équipe Recrutement Santé Québec du MSSS pour mettre en place une formation ainsi qu'élaborer un cadre de référence afin de faciliter l'intégration des infirmières diplômées hors Canada dans le RSSS;
 - En collaboration avec le CERDA, mandaté par le MIFI pour préparer une trousse de prévention en santé mentale "pré-départ", destinée aux personnes qui désirent s'installer au Canada avant leur immigration au pays. Disponible en plusieurs langues, ce matériel a comme objectifs d'informer les personnes immigrantes sur les défis potentiels associés à leur arrivée au Québec, et de les outiller sur le fonctionnement du système de soins de santé et des services sociaux québécois, en particulier les soins et services en santé mentale.
- Centre affilié universitaire en gérontologie sociale (CAU-CREGÉS) :
 - Obtention d'un mandat d'expertise pour réaliser 10 mesures du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027. Ceci comprend l'offre de formations et d'outils pour sensibiliser et former le personnel des soins de santé et des services sociaux, les personnes âgées et leurs familles afin de lutter contre la maltraitance.
 - Élaboration d'un aide-mémoire bilingue pour une approche inclusive auprès des personnes âgées LGBTQ+, un outil qui présente les principaux termes associés à la diversité sexuelle et à la pluralité des genres ainsi que diverses attitudes, habiletés et pratiques afin de favoriser une approche inclusive.
 - Lancement d'un projet innovant mené sur le territoire de notre CIUSSS en collaboration avec la Ville de Côte-Saint-Luc. Ce projet vise à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées tout en surveillant à distance leurs activités de la vie quotidienne, à l'aide de leur écosystème de soutien.
- Centre d'Expertise sur le bien-être et la santé physique des réfugiés et demandeurs d'asile (CERDA) :

Deux mandats du MSSS ont été accordés pour développer des projets en co-construction avec les équipes de santé des réfugiés au Québec ainsi que les personnes réfugiées et en demande d'asile :

- Le développement d'une trousse d'orientation et de sensibilisation pour le nouveau personnel, qui permet de renforcer leurs compétences inter-culturelles et en migration forcée, et d'intégrer les meilleures pratiques dans leur travail. La trousse se trouvera sur une plateforme web interactive et abordera les différents savoirs, en divers formats (guides téléchargeables et imprimables, kits de vulgarisation, capsules vidéo, fiches synthèses et infographies, bandes dessinées, webinaires, etc.).
- Le projet « Réfugié·e·s climatiques » qui a pour objectif de mieux comprendre comment les facteurs climatiques influencent déjà le parcours migratoire des personnes réfugiées au Québec. Il vise aussi à émettre des recommandations ministérielles pour mieux se préparer et répondre à la migration forcée induite par des facteurs climatiques.

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

4.1 CHAPITRE III – ATTENTES SPÉCIFIQUES

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

N°	ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION
1.1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès.	Le remplacement d'un processus vieux d'une centaine d'années représente un des ajustements dans les processus actuellement en place. En effet, le délestage du format papier du bulletin de décès et de sa transmission par courrier postal au profit de l'utilisation d'un formulaire informatisé et de sa transmission électronique requerra certains ajustements à l'organisation du travail dans le réseau socio-sanitaire et hors réseau. Dans ce contexte, des mesures de gestion du changement doivent être prévues. Il est attendu que les CISSS et les CIUSSS de même que les CHU et les IU se préparent à accueillir cette nouvelle solution afin qu'elle soit adoptée par les intervenants concernés. Ces derniers doivent bénéficier du soutien nécessaire pour maîtriser et utiliser la version électronique du SP-3 et délaisser la version papier.	R
1.2	Promouvoir l'inscription à l'avis de grossesse informatisé.	Les établissements devront participer à l'effort provincial d'implanter l'avis de grossesse dans chaque région du Québec. Des intervenants avis de grossesse ont été embauchés dans chaque CISSS et CIUSSS. Ces derniers doivent réaliser des tâches liées à l'avis de grossesse (ex. : recevoir et traiter les formulaires avis de grossesse, référer les femmes enceintes vers les services appropriés), de façon à répondre aux besoins de la clientèle cible. Les CISSS et les CIUSSS devront également faire la promotion de l'avis de grossesse au sein de leur RTS. Des outils de communication ont été développés par le MSSS, tels que des affiches imprimables, des feuillets d'information à la population, des vidéos, etc. Les CISSS et les CIUSSS devront utiliser ces outils pour faire la promotion de l'avis de grossesse sur leur territoire, notamment en faisant des liens avec les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les villes, etc.	N.A.

1.3	Augmenter la couverture vaccinale des programmes offerts en milieu scolaire (primaire, secondaire).	Il est attendu, en vertu et conformément aux responsabilités territoriales et populationnelles qui leur sont confiées, que les CISSS et CIUSSS, avec le soutien des Direction de santé publique, assurent la mise en œuvre des programmes de vaccination dans les milieux scolaires (primaires et secondaires) de leur territoire, incluant le rattrapage de la vaccination des cohortes d'élèves non vaccinés depuis 2019-2020. Les programmes de vaccination en milieu scolaire comprennent la vaccination contre les hépatites A et B et contre les VPH en 4e année du primaire et celle contre le méningocoque de sérogroupe C, contre la diphtérie et le tétanos, contre l'hépatite B et contre les VPH en secondaire 3. Une priorité devrait être portée à la vaccination réalisée au secondaire (3e, 4e, 5e) afin de procéder au rattrapage avant que les enfants ne quittent le milieu scolaire. Les CISSS et CIUSSS doivent s'assurer de la disponibilité de la main d'œuvre, formée et qualifiée pour réaliser cette vaccination.	R
1.4	Consolider les effectifs au sein des directions de santé publique et les services de santé publique à mettre en œuvre pour faire face à la pandémie de la COVID-19.	Dans le cadre de ce financement, les CISSS et CIUSSS doivent consolider l'embauche des effectifs des directions de santé publique afin d'assurer le déploiement d'interventions liées à la pandémie de la COVID-19. Les établissements auront à assurer un suivi auprès du MSSS sur les ressources humaines et les dépenses. Cette allocation représente une priorité du ministre qui se traduit par un investissement annuel de 76 M\$ annoncé dans le budget 2021-2022.	R
2.1	Implantation des sites Aire ouverte offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans.	Les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement, par rapport à l'année précédente, quant au déploiement de leur site Aire ouverte, de l'embauche de leur équipe dédiée et l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans.	R

N°	ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION
2.2	Implanter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) dans l'ensemble de la trajectoire de services en santé mentale adulte et jeunesse.	Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard de l'accessibilité des services en santé mentale, via leurs mécanismes d'accès. Ces mêmes établissements déploient également les étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes du PQPTM. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus, du nombre d'utilisateurs en attente et des délais d'attente, au déploiement du PQPTM et à l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée aux étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes.	R
2.3	Soutenir le réseau d'éclaireurs et d'équipes relais en santé psychosociale et mentale.	Les établissements devront faire état du déploiement du réseau d'éclaireurs.	R
2.4	Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.	Les établissements visés devront rédiger un plan d'amélioration des services de proximité présentant les actions prioritaires visant à améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Le plan d'amélioration des services de proximité devra prendre en compte le principe directeur, l'approche et les orientations du cadre de référence : Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.	N.A.
2.5	Améliorer l'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale.	Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard de l'accessibilité des services en santé mentale et ce, afin d'être en conformité avec le cadre de référence sur les mécanismes d'accès, dont le guichet d'accès en santé mentale fait partie intégrante. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus et de l'implantation de la gouvernance des mécanismes d'accès en santé mentale (MASM) et des grandes fonctions des guichets.	R

3.1	Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).	Il est requis d'optimiser et de diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers. Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent prendre les actions pour s'assurer de mettre en place les meilleures pratiques cliniques (la mise en place de la planification précoce et conjointe des congés (PPCC), la diminution de la relocalisation et de l'accès à l'hébergement à partir du CH, l'intensification de l'AAPA et des pratiques pour éviter le déconditionnement et les activités structurantes pour : 1. Assurer une capacité hospitalière adéquate afin de répondre aux besoins d'accès notamment à la chirurgie. 2. Maintenir un niveau acceptable d'usagers ayant un statut NSA tout en prenant en compte leurs délais d'attente par variable du RQSUCH. 3. Soutenir la fluidité dans les urgences (DMS) en contribuant à diminuer la durée de séjour des usagers sur civières par un accès plus rapide aux lits des CHU lorsque requis et également diminuer le nombre de personnes ne requérant pas d'hospitalisation, mais en attente sur une civière pour une relocalisation dans la communauté à partir de l'urgence. Les résultats attendus sont : 1. Une diminution du nombre d'usagers NSA hors délais dans les CH selon les délais prescrits et en vigueur. a. Ceci se traduit par l'atteinte d'une proportion située en deçà de 40% de NSA hors délai/NSA totaux (variable 16) par établissement de provenance (responsabilité populationnelle) et en deçà de 30% d'usagers hors délai en variable 8 évaluations-orientations. 2. Une diminution du nombre d'usagers hospitalisés qui occupent un lit, mais qui ne nécessitent pas le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent, faute de capacité pour les relocaliser dans la communauté pour bien répondre aux besoins de l'usagers. a. Le nombre d'usagers NSA par installation doit se situer en dessous d'une proportion de 8% par rapport aux lits disponibles.	R
-----	---	--	---

N°	ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION
3.2	Adopter, mettre à jour et déployer la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement de la formation en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées.	Les établissements doivent rendre accessible leur politique de lutte contre la maltraitance sur leur site Internet et désigner un responsable de sa mise en œuvre. Les établissements doivent, d'ici le 31 mars 2023, déployer les formations en maltraitance selon ces cibles : 1. Un minimum de 85% des employés en contact direct avec les personnes aînées, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial et un minimum de 30% des cadres intermédiaires, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA, volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial suivront les formations Introduction à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées et Identification et signalement d'une situation de maltraitance envers une personne aînée; 2. Un minimum de 50% des travailleurs psychosociaux œuvrant auprès des personnes aînées, en particulier ceux de la direction du programme SAPA, de l'accueil psychosocial et de la Direction des services multidisciplinaires suivront la formation Intervention psychosociale à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées; 3. Un minimum de 30% des superviseurs cliniques qui relèvent de la Direction SAPA, de l'accueil psychosocial ainsi que de la Direction des services multidisciplinaires suivront la formation Supervision et soutien clinique dans la gestion des situations de maltraitance.	R
3.3	Planter et suivre la phase trois des travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM).	Conscient de l'importance de soutenir l'organisation des services pour les personnes vivant avec un TNCM et leurs proches, le MSSS veut poursuivre son accompagnement du réseau pour la consolidation d'une offre de services flexible qui s'adapte aux besoins particuliers de ces usagers. Cela se fait avec un souci d'efficacité, de qualité et d'intégration de la trajectoire particulière à ces usagers au sein du continuum de services pour les aînés. Le déploiement proposé s'appuie sur les apprentissages des deux premières phases. Sa réussite requiert de consolider les acquis à partir des GMF et des services de proximité. Elle nécessite également une démarche formalisée qui se traduit dans les lignes d'un plan d'action biennal. Pour y parvenir, le MSSS propose une série de moyens facilitateurs, dont le Processus clinique interdisciplinaire, des conditions gagnantes et des outils d'aide à la pratique. Ils s'inscrivent dans une approche privilégiée de soutien aux établissements sur la base des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles.	R

3.4	Accroître les services offerts aux proches aidants (10 M\$) et implanter une coordination en proche aide (3 M\$).	Une reddition de comptes sera à compléter pour les types de services octroyés, les centres d'activités, les programmes services visés et les sommes investies et lors de la titularisation du poste de coordonnateur à la proche aide en y spécifiant notamment le type de professionnel embauché et la direction d'attache.	R
3.5	Consolider l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.	Les établissements doivent : a. Avoir les structures et les processus en place pour permettre l'application des interventions ayant le plus d'impact clinique positif pour les aînés; b. Offrir la formation du MSSS dédiée au personnel de soutien et aux bénévoles hors unité de soins et en unités de soins; c. Encourager la contribution des personnes proches aidantes dans l'application d'interventions préventives, en fonction de leurs volontés et leur capacité d'engagement; d. Réaliser des audits de pratique périodiques dans les urgences et les unités d'hospitalisation afin de vérifier l'application des interventions préventives en lien avec l'autonomie et la mobilité, la nutrition et l'hydratation ainsi que l'état mental, cognitif, comportemental et psychologique.	R
4.1	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté.	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 2019-2023, et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.	R

5.1	Mettre en place les mesures visant le renforcement et la coordination des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille afin de répondre aux besoins de ces derniers, en temps opportun.	Il est attendu que les établissements poursuivent la mise en œuvre des actions afin que les jeunes en difficulté et leur famille puissent avoir accès à des services de qualité en matière de prévention et d'intervention de proximité, et ce, en temps opportun. Ces services devront être rendus de manière à assurer la fluidité des collaborations avec les services de la protection de la jeunesse, le cas échéant, et être basés sur les meilleures pratiques en leurs matières. Nous estimons que la réalisation de ces actions contribuera à ce que l'application de la PLJ conserve son caractère d'exception. Trois actions sont attendues dans le cadre de l'EGI : 1. Documenter les effets observés en vue d'assurer la continuité d'un suivi conjoint à tous les enfants qui reçoivent des services de première ligne et qui sont évalués par la DPJ afin de favoriser une transition à la suite de l'intervention de la DPJ. Lors d'un signalement, lorsqu'un enfant ou ses parents reçoivent des services en première ligne, poursuivre ces interventions jusqu'au terme de l'évaluation du signalement. 2. Assurer une réponse dans un délai maximal de 30 jours aux enfants et/ou parents référés par une DPJ vers les services de proximité. 3. Mettre en place des stratégies en vue d'assurer une trajectoire de services plus fluide entre le milieu scolaire et les services de proximité.	N.A.
6.1	Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche.	L'établissement doit élaborer et implanter un plan d'action visant à optimiser le processus d'autorisation des activités de recherche. Celui-ci doit prévoir une révision du processus basée sur les recommandations identifiées dans le cadre du projet SQCV-TNDR en favorisant la collaboration de toutes les directions impliquées. De plus, il doit assurer un partage et un arrimage des pratiques avec les autres établissements du RSSS et tenir compte des recommandations à venir du MSSS qui pourrait soutenir la démarche. En outre, le plan devrait prioriser le déploiement du projet d'optimisation de CATALIS au sein de l'établissement, notamment en assurant la disponibilité des ressources requises. Aussi, le plan doit inclure l'élaboration d'un cadre pour la production et le suivi d'indicateurs en se basant sur le rapport de performance CATALIS. Des indicateurs clés du démarrage des études doivent être sélectionnés et suivis de façon étroite pour chaque activité de recherche soumis au processus d'autorisation en impliquant l'ensemble des services (de recherche, cliniques et administratifs). Dans le cadre du processus d'autorisation optimisé, l'établissement doit notamment implanter des mesures visant à soutenir les cliniciens-chercheurs dans l'estimation plus exacte du nombre de participants pouvant être recrutés pour chaque essai clinique. En somme, ce plan d'action doit être conçu pour permettre à l'établissement de répondre aux attentes ministérielles des années subséquentes visant la réduction successive des délais moyens d'autorisation des activités de recherche.	R

7.1	Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique.	Le plan de modernisation technologique décentralisé de chaque établissement doit présenter les principales mesures technologiques que ce dernier prévoit réaliser en 2022-2023 et 2023-2024, avec une estimation de l'échéancier et des coûts d'implantation pour chaque mesure. Les mesures doivent contribuer à l'obtention de gains rapides et comprendre des objectifs SMART munis d'indicateurs et de cibles annuelles en termes de : • Réduction de la pression sur le personnel • Réduction des délais d'accès aux services pour le citoyen • Amélioration de la qualité des services • Respect de l'échéance, des coûts et de la portée de chaque mesure Le plan doit également couvrir minimalement les sujets suivants et respecter les directives émises par la DGTI pour chacun de ces sujets, soit : • Moderniser les outils technologiques • Rehausser la capacité en télécommunications et outils collaboratifs • Rehausser la cybersécurité • Prendre le virage vers l'infonuagique • S'arrimer avec les projets de modernisation technologique nationaux • Mettre en place les fondations nécessaires à l'implantation du Dossier de santé numérique (DSN) Les établissements doivent rendre compte de l'état d'avancement de l'implantation de leur plan de modernisation technologique décentralisé et de l'utilisation des sommes octroyées pour sa réalisation. Cette reddition de comptes doit porter également sur l'ensemble des indicateurs identifiés. La reddition de comptes doit se faire sur une base trimestrielle relativement à l'utilisation des sommes additionnelles octroyées. Celle portant sur l'état d'avancement des plans ainsi que sur les indicateurs doit se faire sur une base annuelle. Pour plus de précisions, les établissements peuvent se référer aux guides produits par le MSSS.	R
-----	---	---	---

R : réalisée**NR** : non réalisée**N.A.** : non applicable

4.2 CHAPITRE IV – ENGAGEMENTS ANNUELS

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

INDICATEURS	RÉSULTATS AU 31 MARS 2022	ENGAGE- MENT 2021- 2022	RÉSULTATS AU 31 MARS 2023	ENGAGE- MENT 2022- 2023
SANTÉ PUBLIQUE				
Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire (1.01.13.01-EG2)	98,4	NA	101,16	NA
Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HBVPI- Hib dans les délais (1.01.27-EG2)	90,5	NA	88,8	NA
Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais (1.01.28-PS)	78,7	NA	74,3	NA
Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (1.01.29-EG2)	1 637	NA	1 786	NA
Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais (1.01.30-EG2)	71,7	NA	69,6	NA
Proportion des élèves inscrits en 4e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec (1.01.32-EG2)	86,6	NA	78,5	NA

Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau (I.01.34-PS)	ND	NA	98,09	NA
Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge (I.01.36-PS) 87,87 80,00 83,75 80,00	87,87	80,00	83,75	80,00

Commentaires :

Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire (I.01.13.01-EG2) :

Nous collaborons avec toutes les écoles de notre territoire. Le fait que le résultat obtenu dépasse le taux de 100%, est lié à des différences dans la liste des écoles, entre la liste avec laquelle nous travaillons et la liste ministérielle (par exemple : certaines écoles n'étaient pas classées dans le bon territoire, certaines écoles étaient comptées pour 2 bâtiments, etc.).

Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HBVPI-Hib dans les délais (I.01.27-EG2) et Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (I.01.28-PS) :

La baisse peut s'expliquer par le fait que certaines de nos plages de rendez-vous sont prises par des usagers hors territoire. Aussi, à la demande du MSSS, nous avons retiré les restrictions pour la prise de rendez-vous dans Clic Santé, ce qui fait en sorte que les parents peuvent maintenant prendre des rendez-vous hors délai plus facilement. Nous avons dû aussi arrêter de réserver des plages horaires pour les rattrapages, afin de les rendre disponibles à tous. Cette mesure doit rester telle quelle puisque la directive est de ne pas restreindre l'accès à la vaccination aux usagers, peu importe leur territoire de provenance ou le délai.

Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (I.01.29-EG2) :

Nous avons poursuivi les dépistages dans notre clinique jeunesse en CLSC, ainsi que dans les écoles secondaires. Notre offre de services est demeurée la même que l'an dernier. Nous constatons les éléments suivants :

- Augmentation notable des dépistages ITSS positifs;
- Enjeux avec les laboratoires, surtout sur le territoire du CLSC de Benny Farm, ce qui occasionne beaucoup de suivis additionnels et parfois la reprise de tests.

Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais (I.01.30-EG2) :

La baisse peut s'expliquer par le fait que certaines de nos plages de rendez-vous sont prises par des usagers hors territoire. Aussi, à la demande du MSSS, nous avons retiré les restrictions pour la prise de rendez-vous dans Clic Santé, ce qui fait en sorte que les parents peuvent maintenant prendre des rendez-vous hors délai plus facilement. Nous avons dû aussi arrêter de réserver des plages horaires pour les rattrapages, afin de les rendre disponibles à tous. Cette mesure doit rester telle quelle puisque la directive est de ne pas restreindre l'accès à la vaccination aux usagers, peu importe leur territoire de provenance ou le délai.

Proportion des élèves inscrits en 4e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec (I.01.32-EG2) :

Ce vaccin est donné au primaire, souvent en clinique privée par des professionnels qui ne font pas la saisie dans SI-PMI. Afin d'augmenter le taux, il faudrait faire la saisie de ce vaccin indiqué dans les carnets de vaccination des jeunes. En conclusion, cette donnée ne reflète pas la proportion réelle des élèves inscrits en 4e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B, mais uniquement celle des jeunes dont la vaccination a été inscrite dans SI-PMI.

Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau (I.01.34-PS) :

Il s'agit de 98,09% des résultats qui sont divulgués en moins de 24 heures pour notre CIUSSS, pour les mois de septembre 2022 à mars 2023 uniquement. En effet, nous ne pouvons pas extraire les données d'avril à août 2022, car le logiciel utilisé pour cette période était différent. Le changement de logiciel relève d'une décision ministérielle de remplacer l'ancien logiciel par la solution Clic Santé.

Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge (I.01.36-PS) :

La cible est dépassée. Nos centres de vaccination de masse offrent des plages horaires et une accessibilité élargie de 6 jours/7 pour la vaccination contre la covid-19 à la population de 12 ans et plus. L'effort de vaccination est aussi soutenu par des cliniques de vaccination mobiles pour rejoindre la clientèle vulnérable dans les quartiers défavorisés.

SANTÉ PUBLIQUE - INFECTIONS NOSOCOMIALES

Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (1.01.26-EG2)	92,3	80,0	89,9	80,0
--	------	------	------	------

Commentaires :

Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (1.01.26-EG2) :

De façon cumulative, la cible de 80% de taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains a été largement dépassée. Cependant, l'une de nos directions cliniques n'a pas été en mesure d'atteindre sa cible. En conséquence, davantage d'efforts seront faits pour impliquer cette direction et l'inclure dans les efforts d'amélioration à l'hygiène des mains. En parallèle, les unités d'hospitalisation qui présentent des difficultés feront l'objet d'une surveillance accrue afin d'améliorer leurs résultats. Comparativement à l'année précédente, les résultats ont diminué légèrement. Cependant, nous constatons une amélioration significative d'environ 15% par rapport à la période pré-pandémique.

SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (1.03.13-EG2)	68,7	80,0	73,6	80,0
Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (1.03.16-EG2)	76,5	91,0	65,1	91,0

Commentaires :

Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (1.03.13-EG2) :

Une amélioration est notée par rapport au résultat de l'année 2021-2022. Ces résultats incluent les nouvelles admissions au Centre d'hébergement Henri Bradet (124 lits) qui accueille une clientèle avec une perte d'autonomie légère à modérée et ayant un profil ISO-SMAF inférieur à 10. De plus, nous avons 2 autres centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) avec des micro-milieus (total de 102 lits) qui accueillent des résidents avec un profil de santé mentale et un ISO-SMAF inférieur à 10.

Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (1.03.16-EG2) :

Le volume et la complexité de la charge de travail des intervenants sociaux en CHSLD, ainsi qu'une pénurie de personnel, ont eu un impact sur l'équipe pour trouver un équilibre entre la nécessité d'intervenir pour répondre aux besoins cliniques des résidents et la mise à jour des plans d'intervention. Un plan d'action est cependant en place afin de redresser cette situation. Les éléments du plan d'action comprennent :

- Accroître la présence des travailleurs sociaux sur place afin de réduire la charge de travail lorsque possible;
- Renforcer auprès de l'équipe de travailleurs sociaux l'importance de compléter les évaluations et les plans d'intervention;
- Identifier les travailleurs sociaux nécessitant des renforcements de capacité et de la formation supplémentaire, et fournir un soutien au besoin;
- Fournir du soutien et de la rétroaction sur les évaluations et les plans d'intervention terminés.

SOUTIEN À DOMICILE (SAD)

Nombre total d'heures de service de soutien à domicile (1.03.05.05-PS)	1 327 439	1 200 000	1 435 102	1 248 000
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06-PS)	15 417	15 050	15 361	15 144

Commentaires :

Nombre total d'heures de service de soutien à domicile (1.03.05.05-PS) :

Nous constatons une augmentation de 8% des heures de service de soutien à domicile (SAD) par rapport à l'année dernière. La répartition de l'augmentation se présente comme suit :

EGI 1.03.05.05 – Nombre total d'heures de services de SAD	2021-2022	2022-2023	Variation
Heures d'interventions – Professionnels	121 331	126 417	+ 4%
Heures de services rendues par les Auxiliaires aux services de santé et sociaux	221 151	248 007	+ 12%
Heures de services payées via les Chèques emploi-service	747 781	768 570	+ 3%
Heures de services achetés	237 176	292 108	+ 23%
TOTAL	1 327 439	1 435 102	+ 8%

Il est à noter que le projet de Déclaration d'hébergement à domicile, qui a débuté en septembre 2022, explique en partie l'augmentation des heures de SAD par l'intensification des services d'aide à domicile et des services professionnels dans l'attente d'une place en hébergement.

Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06-PS) :

La cible de 2022-2023 a été dépassée de 1,5 %. Le plus petit pourcentage d'augmentation dans le nombre d'utilisateurs desservis par rapport au pourcentage d'augmentation dans le nombre d'heures de service fournies, s'explique par une intensification de services pour les usagers déjà connus du SAD. Il est à noter que la cible avait déjà été dépassée l'année dernière.

DÉFICIENCES

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. (1.47-PS)

289

300

291

304

Commentaires :

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. (1.47-PS) :

L'écart s'explique principalement par l'augmentation des délais et des coûts de construction pour développer ces places. Ainsi ce sont 13 places, dans 3 organisations, dont l'ouverture a été reportée :

- 8 places pour la ressource Maison intelligente
- 4 places pour les Appartements supervisés de la Fondation Alink et de la Fondation Miriam
- 1 appartement supervisé du projet de logement social Kehilla Montréal

JEUNES EN DIFFICULTÉ

Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06.20-PS)

247

191

387

286

Commentaires :

Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06.20-PS) :

Le nombre de dépistages par année a augmenté de façon significative, et nous avons largement dépassé la cible fixée. L'implantation de la plateforme Agir tôt a facilité la complétion des questionnaires par les parents, ainsi que l'analyse par les intervenants. Comme nous constatons que les demandes de dépistage continuent d'augmenter, nous sommes en train de développer des stratégies afin de réduire le délai d'accès à la plateforme et le délai d'orientation vers les services.

DÉPENDANCE

Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance (1.07.07-PS)

771

792

1 242

853

Commentaires :

Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance (1.07.07-PS) :

Nous avons dépassé la cible fixée, car nous avons été en mesure de compter sur une équipe clinique complète pendant la majeure partie de l'année, ce qui nous a ainsi permis d'offrir un accès optimal aux services en dépendance. Nous devrions être en mesure d'obtenir un résultat similaire pour l'année prochaine.

SANTÉ MENTALE

Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale (1.08.16-PS)

878

255

672

509

Commentaires :

Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale (1.08.16-PS) :

Pour la 1^{re} fois depuis 2018-2019, nous connaissons une diminution importante du nombre de personnes en attente. L'écart entre notre résultat et la cible attendue s'explique par une capacité réduite de prise en charge médicale au niveau des services spécialisés, des enjeux de recrutement surtout en santé mentale jeunesse, et la hausse de demandes de services qui s'est poursuivie en 2022-2023 (jeunesse et adulte).

Cependant, en dépit de cette augmentation, nos listes d'attente ont tout de même diminué grâce aux mesures mises en place :

- Poursuite de l'implantation des trajectoires du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM);
- Modification de la structure de postes;
- Introduction de professions d'horizons différents afin d'enrichir les options de services offertes aux usagers.

Par ailleurs, les stratégies mises en place au Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) et en santé mentale adulte nous ont permis d'offrir un premier service en moins de 30 jours pour la 1^{re} fois depuis la création du CIUSSS. Ainsi, même si nous n'avons pas atteint la cible, nous nous sommes conformés aux standards d'accès attendus pour un nombre grandissant d'usagers. Cette tendance en faveur du respect du délai d'attente de 30 jours devrait continuer de progresser favorablement en 2023-2024.

SANTÉ PHYSIQUE - URGENCE

Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (1.09.01-PS)	12,77	12,00	14,23	12,00
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire (1.09.16-PS)	129	78	166	78

Commentaires :

Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (1.09.01-PS) et Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire (1.09.16-PS) :

Notre urgence est l'une des plus achalandées au Québec. De plus, au cours de l'année écoulée, nous avons constaté une augmentation du nombre de demandes d'admission, car les usagers qui se présentaient à notre urgence étaient plus malades. En parallèle, notre territoire a perdu l'accès à des lits de CHSLD, car certaines ressources d'hébergement ont fermé des lits pour différentes raisons, incluant notamment un manque de ressources humaines. La diminution du nombre de lits disponibles en CHSLD entraîne un effet domino sur notre disponibilité de lits d'hospitalisation, puisque les usagers doivent rester hospitalisés plus longtemps dans l'attente d'être transférés vers un CHSLD. En conséquence, les usagers doivent rester plus longtemps sur civière à l'urgence, dans l'attente qu'un lit d'hospitalisation soit libéré pour les accueillir.

Pour répondre à ces défis, nous avons mis en place différentes mesures :

- Afin d'absorber les admissions supplémentaires, nos unités d'hospitalisation ont été en surcapacité;
- Nous avons soutenu le flux organisationnel par le biais de notre centre de commandement;
- Nous avons reçu un mandat de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) pour réduire la variabilité du nombre de consultations aux urgences;
- Nous avons déployé notre programme de soins virtuels, dans lequel plus de 300 patients ont bénéficié de ce nouvel accès;
- En parallèle, nous avons travaillé à l'extension des heures d'ouverture de notre hôpital de médecine de jour;
- Un suivi spécifique a été mis en place pour les personnes se présentant à l'urgence pour des besoins liés à la santé mentale, à l'usage de substances psychoactives ou à une situation d'itinérance. Pour les personnes connues de nos services dans la communauté, un meilleur arrimage est en place pour éviter le recours à l'urgence;
- En période de surcapacité, l'ajout d'un psychiatre à l'urgence permet d'évaluer et orienter rapidement les personnes qui se présentent pour des besoins liés à la santé mentale, à l'usage de substances psychoactives ou à une situation d'itinérance;
- Un suivi systématique permettant de planifier de façon précoce les congés de l'unité de soins psychiatriques a été déployé.

Finalement, même si nous avons un nombre très élevé de visites à l'urgence ainsi que de patients sur civière, notre durée moyenne de séjour reste la moins élevée des établissements montréalais comparables, et notre urgence est toujours l'une des plus performantes au Québec.

SANTÉ PHYSIQUE - SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (1.09.27-PS)	63,16	84,00	61,00	85,0
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF (1.09.27.01-PS)	151 513	251 902	149 939	217 492
Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne (1.09.51-PS)	20	55	53	70

Commentaires :Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (1.09.27-PS) :

Sur notre territoire, nous avons eu 17 000 inscriptions collectives (qui ne sont pas retirées du Guichet d'accès pour un médecin de famille – GAMF mais s'affilient à une clinique ou à un GMF), et 35 400 inscriptions en approche populationnelle (possibilité pour un patient non inscrit de consulter dans un GMF). Le taux d'inscription global auprès des médecins de famille de notre CIUSSS est de 132%, cependant ce taux considère toutes les inscriptions, et pas seulement celle des personnes qui résident sur notre territoire. En effet, les médecins de famille sont libres d'accepter les inscriptions des personnes qui ne résident pas sur notre territoire.

Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF (1.09.27.01-PS) :

Notre CIUSSS a travaillé en collaboration avec les chefs locaux du Département régional de médecine générale (DRMG), afin de favoriser l'inscription de la population du territoire auprès d'un médecin de famille en GMF du territoire et ce, à partir des inscriptions en attente sur le Guichet d'accès pour un médecin de famille (GAMF). Toutefois, les médecins du territoire sont libres d'inscrire et de suivre également une clientèle hors territoire (ex: travailleurs, personne ayant déménagé, etc.), ce qui limite l'inscription de la population locale.

Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne (1.09.51-PS) :

La non-atteinte de l'engagement s'explique par les cabinets privés de médecins qui pratiquent en solo, et que nous ne rejoignons pas avec l'orchestrateur. En effet, les cliniques n'utilisant pas de dossier médical électronique ne peuvent pas être connectées à l'orchestrateur, et les cliniques dont le dossier médical électronique n'est pas encore arrimé à l'orchestrateur de rendez-vous ne peuvent pas non plus être connectées.

SANTÉ PHYSIQUE - CHIRURGIE

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies (1.09.32.00-EG2)	47	0	63	0
Nombre de demandes des chirurgies en attente depuis plus de 6 mois (1.09.32.10-PS)	331	150	594	280
Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) (1.09.33.01-PS)	43,7	65,0	36,4	70,0
Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) (1.09.33.02-PS)	76,3	90,0	69,8	90,0

Commentaires :

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies (1.09.32.00-EG2) :

Nous avons seulement 11 patients en attente de plus d'un an, et 10 ne sont pas disponibles pour recevoir leur chirurgie. En effet, les données indiquées incluent également celles de l'hôpital Shriners, un établissement privé conventionné situé sur notre territoire qui ne fait pas partie de notre CIUSSS. Nous gérons et priorisons les cas en attente de plus de 300 jours, afin de nous assurer que ces personnes n'attendent pas plus d'un an.

Nombre de demandes des chirurgies en attente depuis plus de 6 mois (1.09.32.10-PS) :

Nous avons 413 patients en attente, car les données indiquées incluent celles de l'hôpital Shriners, un établissement privé conventionné situé sur notre territoire qui ne fait pas partie de notre CIUSSS. Au fur et à mesure que nous opérons les patients en attente de plus d'un an, nous prenons en charge les patients en attente de plus de 6 mois. Nous devrions pouvoir atteindre la cible cette année et même la dépasser, selon les enjeux de ressources humaines.

Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) (1.09.33.01-PS) et Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) (1.09.33.02-PS) :

Selon les sites tumoraux, les indications médicales ne réfèrent pas au même délai d'attente. En effet, pour les sites tumoraux de la prostate et de la thyroïde, les indications médicales réfèrent à un délai d'attente raisonnable de 90 jours pour ces deux sites. Si nous excluons ces deux sites tumoraux de nos données de 2022-2023 pour les chirurgies oncologiques, nous obtenons les résultats suivants :

- 44,9% des patients qui doivent être opérés dans un délai de 28 jours ou moins sont opérés dans le respect de ce délai;
- 79,2% des patients qui doivent être opérés dans un délai de 56 jours ou moins sont opérés dans le respect de ce délai.

Nous allons continuer à prioriser ces chirurgies, notamment en utilisant le programme de "blitz" chirurgical soutenu par le MSSS pour opérer dans des plages horaires élargies. Nous mettrons l'accent sur les chirurgies dont le délai est de 28 jours, car notre résultat est en baisse par rapport à l'année dernière.

SANTÉ PHYSIQUE - IMAGERIE MÉDICALE

Pourcentage d'exams électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours. (1.09.34.00-EG2)	82,3	90,0	79,2	90,0
Imagerie médicale pour les tomodensitométries (1.09.34.08-EG2)	76,7	100,0	86,6	100,0
Imagerie médicale pour les résonances magnétiques (1.09.34.09-EG2)	73,4	90,0	65,6	90,0

Commentaires :

Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours. (1.09.34.00-EG2) :

Nous n'avons pas été en mesure d'atteindre notre objectif global en imagerie en raison d'une pénurie de technologues dans quatre modalités (mammographie, laboratoire vasculaire, imagerie par résonance magnétique et tomодensitométrie), aggravée par une demande accrue qui n'a pas pu être supportée. Nous avons pu embaucher des technologues en tomодensitométrie, ce qui nous a permis d'atteindre un objectif global de conformité de 87% à la période fiscale P13. Nous sommes en train de recruter et former des technologues pour les trois autres modalités, afin qu'ils puissent occuper les postes vacants. Cependant la formation prend du temps, ce qui fait que nous ne serons pas en mesure d'augmenter notre capacité dès les embauches complétées. Néanmoins, nous devrions atteindre nos objectifs d'ici la fin de l'année fiscale 2023-2024. En parallèle, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a accepté un contrat nous permettant de transférer 600 imageries par résonance magnétique par année à un laboratoire d'imagerie médicale.

Imagerie médicale pour les tomодensitométries (1.09.34.08-EG2) :

En raison du retrait préventif de 5 de nos techniciennes spécialisées en radiologie, dû aux restrictions liées à la covid-19, nous avons redirigé un volume important de tomographies vers 2 centres hospitaliers montréalais. En parallèle, nous avons embauché et formé de nouveaux technologues, et nous avons été en mesure de passer d'un taux de conformité de 60% à 87% pour la période fiscale P13.

Imagerie médicale pour les résonances magnétiques (1.09.34.09-EG2) :

En raison d'une pénurie de technologues spécialisés en imagerie par résonance magnétique et d'une demande accrue pour ces examens, nous n'avons pas été en mesure d'atteindre nos objectifs cette année. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux a approuvé un contrat afin que nous puissions procéder au transfert de 600 imageries par résonance magnétique par an vers un laboratoire d'imagerie médicale spécialisée, ce qui nous permettra d'atteindre notre cible de 90%.

SANTÉ PHYSIQUE - SERVICES SPÉCIALISÉS

Proportion d'utilisateurs qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome (1.09.50-EG2)

15,8

40,0

5,7

40,0

Commentaires :

Proportion d'utilisateurs qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome (1.09.50-EG2) :

La raison principale de la non-atteinte de l'engagement est le délai dans l'insertion des cathéters pour les patients qui devraient commencer la dialyse péritonéale en mode autonome. Ce délai est dû à une faible disponibilité de temps opératoire. Afin de réduire ce délai, du temps de salle d'opération a été alloué de façon urgente pour insérer les cathéters. À l'avenir, en collaboration avec le département de chirurgie, des plages horaires récurrentes seront assurées pour répondre aux besoins des patients qui requièrent un cathéter.

RESSOURCES HUMAINES

Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones » (3.01.02 EG2)	22,2	50,0	91,8	100,0
Ratio de présence au travail (3.05.03-PS)	93,23	91,68	93,19	91,68
Taux de recours à la main d'œuvre indépendante (3.06.00-PS)	3,68	3,44	2,88	3,12

Commentaires :

Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones » (3.01.02 EG2) :

Une très large majorité de nos employés a suivi la formation. Cependant, certaines équipes de travail, notamment les équipes d'entretien ménager, les services alimentaires et les préposés aux bénéficiaires, n'ont pas accès facilement à un poste de travail pendant leurs heures de travail, nécessaire pour suivre la formation donnée en ligne. De plus, la libération des employés est influencée par les capacités de remplacement. Une relance sera faite aux gestionnaires pour rappeler l'importance que tous les employés suivent cette formation, et précisera que dans les secteurs mentionnés, les cadres doivent rendre l'équipement informatique disponible ou prévoir une salle de formation comportant plusieurs postes de travail, afin de faciliter l'accès pour leurs employés.

Ratio de présence au travail (3.05.03-PS) :

Le ratio de présence au travail est très favorable dans notre CIUSSS. Ce ratio est demeuré stable par rapport à l'année dernière, soit 93,23 au 31 mars 2022, en comparaison avec 93,19 au 31 mars 2023. Plusieurs programmes sont en place afin de favoriser la présence au travail, notamment des programmes de retour au travail incluant des interventions en ergothérapie en santé mentale et de la thérapie cognitivo-comportementale offerte par Internet, qui est une forme structurée de psychothérapie dans laquelle les clients reçoivent un soutien psychologique par courriel ou au moyen de modules en ligne. Nous avons également un programme de gestion de l'absentéisme élevé en place. Par ailleurs, notre ratio d'assurance-salaire et notre ratio d'heures payées en CNESST (accidents du travail, maladies professionnelles) sont également très favorables. Notre CIUSSS se place ainsi parmi les établissements au Québec ayant l'un des meilleurs ratios tant au niveau de l'assurance-salaire que de la CNESST (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail).

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

Le taux de recours à la main d'œuvre indépendante (MOI) a diminué significativement, passant de 3,68 au 31 mars 2022 à 2,88 au 31 mars 2023, soit une baisse de plus de 25%. Plusieurs initiatives ont été mises de l'avant, afin de diminuer et éliminer l'utilisation de la main d'œuvre indépendante :

- Centralisation des contrats de main d'œuvre indépendante, notamment pour le personnel en soins infirmiers et en soins cardiorespiratoires. Le Service des activités de remplacement est ainsi devenu la porte d'entrée unique pour la main d'œuvre indépendante.
- Centralisation des données d'utilisation de la main d'œuvre indépendante, pour faciliter la production d'indicateurs de gestion.
- Développement d'un partenariat avec le service des approvisionnements pour la signature des nouveaux contrats de gré à gré, en conformité avec les directives ministérielles.
- Développement et pérennisation de l'utilisation des outils reliés à la facturation.

LÉGENDE

	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%

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

5.1 AGRÉMENT ET CERTIFICATION

AGRÉMENT

Notre établissement est agréé.

En décembre 2022, notre CIUSSS a réussi avec succès les visites des séquences 4 et 5 d'Agrément Canada, qui portaient sur les secteurs suivants : Direction de la Réadaptation et des Services Multidisciplinaires (DRSM) et Direction du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

Nous sommes fiers d'avoir obtenu des notes de conformité de 96,6 % et 96,7 % pour les séquences 4 et 5, respectivement. Les visiteurs ont noté plusieurs points forts tels que notre approche centrée sur la personne, la vision « Vos soins partout / *Care everywhere* » et l'objectif d'avoir « le bon patient à la bonne place », une culture solide de qualité et sécurité, ainsi que le partenariat existant entre les usagers, les familles et la communauté.

En dépit du contexte pandémique et de l'épuisement professionnel présent dans les équipes, les secteurs visités ont travaillé en continu à maintenir la qualité et la sécurité des soins et des services offerts, ce qui a permis d'obtenir ces hauts niveaux de conformité lors des visites. Il s'agissait de la dernière séquence du cycle de 2018-2023. Notre établissement recevra son certificat d'agrément au mois de juin 2023.

Les équipes d'amélioration continue de la qualité se sont mobilisées pour aborder les quelques non-conformités identifiées par les visiteurs d'Agrément Canada :

- Standardisation et informatisation d'outils technologiques et tenue des dossiers;
- Consentement éclairé des usagers;
- Assurance de l'évaluation;
- Volet Jeunesse;

- Implantation de certaines pratiques organisationnelles requises : Prévention du suicide, Bilan comparatif des médicaments, Prévention des chutes, Communication aux points de transition.

Des correctifs ont été apportés afin que les non-conformités soient corrigées selon les échéanciers définis par Agrément Canada. Les plans d'action soumis ont été approuvés par Agrément Canada.

En parallèle, sur la base des commentaires des directions cliniques, nous avons procédé l'an dernier à une restructuration de notre processus de préparation à l'agrément. Dans le cadre d'un projet Agile, nous nous sommes concentrés sur 4 axes qui ont été choisis comme prioritaires par nos parties prenantes : Gouvernance et structure, Gestion documentaire, Communications, et Audits. Avec l'appui de 4 groupes de travail, un pour chaque priorité, nous avons développé de nouveaux outils et de la documentation pour aider à soutenir le processus de préparation, avec comme principaux objectifs de réduire le fardeau administratif et d'augmenter la communication au sein du CIUSSS. Un portail a notamment été développé pour l'agrément, ce qui a facilité le travail et la communication au sein et entre les équipes.

La prochaine visite d'Agrément Canada est prévue courant mars 2024 pour la séquence 1 du cycle 2, au cours de laquelle les secteurs suivants seront visités : Leadership, Situations d'urgence, Santé Publique, Télésanté, Prévention des infections, Retraitement et Médicaments.

CERTIFICATION DES RPA

Au début de l'année 2022-2023, trois résidences privées pour aînés (RPA) étaient hors délais pour leur certification et devaient mettre en place des corrections suite à des

non-conformités notées par Agrément Canada. Au cours de l'année, les certifications de trois RPA sont venues à échéance, parmi lesquelles une a fait l'objet d'un renouvellement et les deux autres sont en cours de renouvellement. Trois nouvelles RPA ont ouvert leurs portes au cours de la dernière année sur le territoire de notre CIUSSS.

Le 15 décembre 2022, un nouveau règlement sur la certification des Résidences privées pour aînés est entré en vigueur en introduisant plusieurs changements, particulièrement en ce qui concerne les catégories des RPA. Plusieurs rencontres de formation ont eu lieu entre le MSSS et tous les services de certification du Québec, et notre équipe de certification était présente afin de clarifier les énoncés de cette nouvelle réglementation et mieux soutenir les partenaires de notre territoire dans l'application de celle-ci.

À cet égard, le service de certification a organisé plusieurs rencontres pour expliquer les changements et répondre aux questions des RPA de notre territoire. Huit rencontres ont été organisées entre le 1er septembre 2022 et le 31 mars 2023 avec l'ensemble des exploitants des RPA de notre territoire.

Des visites de diverses natures ont également été faites dans les résidences. Elles touchaient la pré-certification, la certification, les rapports de la Direction des inspections et des enquêtes du MSSS, des situations problématiques et/ou des enjeux de qualité des services. Au total, 45 visites ont été effectuées par le service de certification, entre le 1er août 2022 et le 31 mars 2023.

L'équipe de certification a poursuivi son soutien auprès des exploitants des résidences conformément aux directives ministérielles et en collaboration avec l'équipe de prévention et contrôle des infections, l'équipe de la direction du Soutien à l'autonomie des personnes âgées, le service de santé et mieux-être au

travail et la direction régionale de santé publique.

VISITES DE VIGIE DANS LES MILIEUX DE VIE

Nous devons souligner les efforts de prévention et de gestion de la pandémie investis dans les milieux de vie de notre territoire pour faciliter leur adaptation aux directives ministérielles. Ainsi, 237 visites de vigie ont été effectuées au cours de la dernière année : 70 visites dans les RI-RTF pour les personnes âgées, 38 visites dans les CHSLD privés et privés conventionnés et 129 visites dans les RPA.

5.2 LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

LES OBJECTIFS DU CIUSSS DU CENTRE-OUEST EN MATIÈRE DE GESTION DES RISQUES ET D'AMÉLIORATION CONTINUE SONT DE :

- Maintenir et améliorer le taux de déclarations et l'amélioration de la qualité des données, ainsi que la rapidité de réception et de complétion des rapports AH-223 autant dans les secteurs avec saisies centralisées que pour les secteurs décentralisés (papier et électronique);
- Continuer la décentralisation du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) pour les entrées de données AH-223 dans les milieux communautaires en continuant les formations avec tous les employés et gestionnaires des milieux impliqués;
- Promouvoir la culture de sécurité et l'amélioration continue;
- Continuer nos formations sur la déclaration des événements et la divulgation des accidents, et leur documentation;
- Améliorer la rapidité avec laquelle les recommandations d'analyse des événements sentinelles sont produites et diffusées, et assurer leur mise en œuvre;

- Améliorer le suivi des recommandations découlant de l'analyse des rapports reçus du Bureau du coroner et du Protecteur du citoyen;
- Poursuivre le programme des patients partenaires (nous en avons présentement 63) et leur intégration dans les comités clés et les équipes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) à travers le CIUSSS;
- Maintenir le leadership en matière de qualité, de sécurité et de réels partenariats et services centrés sur la personne, pour favoriser l'atteinte des indicateurs de résultats d'excellence de l'expérience usager et la rencontre de l'ensemble des cadres de normes d'Agrément Canada, des visites ministérielles, du processus d'assurance qualité des RI-RTF et de certification des RPA de façon intégrée et cohérente.

AFIN DE PROMOUVOIR LA DÉCLARATION ET LA DIVULGATION DES INCIDENTS ET ACCIDENTS AINSI QUE LES AMÉLIORATIONS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET D'AMÉLIORATION CONTINUE, LES ACTIONS SUIVANTES SONT RÉALISÉES :

- Participation à la conférence scientifique pour promouvoir la semaine de la sécurité – Thème : Prévention du suicide (novembre 2022);
- Nomination des co-chefs et des membres des équipes ACQ interdisciplinaires, participation aux rencontres planifiées et aux comités clés afin d'assurer les auto-évaluations, une

reddition de comptes et une participation active à l'amélioration et à la culture de sécurité;

- Participation aux activités de formation continue et d'orientation des intervenants, partenaires, nouveaux employés et stagiaires;
- Reddition de comptes en suivant les résultats des rapports trimestriels et des tableaux de bord;
- Suivis personnalisés de la part des conseillers qualité attirés aux directions;
- Mise en oeuvre des plans d'action des directions en matière de culture de sécurité, gestion des risques, amélioration de l'expérience usager et des services centrés sur la personne;
- Révision des plans de sécurité, suivis et présentations aux comités de qualité et de gestion des risques, ainsi qu'au comité Vigilance et qualité du conseil d'administration;
- Utilisation de tableaux de qualité ou de stations visuelles afin d'assurer que les cibles soient atteintes et maintenues;
- Partage de publications dans le journal de l'établissement (3600), sur l'Intranet et sur le site Internet du CIUSSS.
- stations visuelles afin d'assurer que les cibles soient atteintes et maintenues;
- Partage de publications dans le journal de l'établissement (360°), sur l'Intranet et sur le site Internet du CIUSSS.

DÉFINITIONS

Les **incidents** sont des événements qui ne touchent pas un usager et qui peuvent être de gravité A et B. Les **accidents** sont des événements pour lesquels l'usager est touché et qui peuvent être de gravité C à I.

La catégorisation des principaux types d'incidents et accidents en fonction de la gravité est la suivante :

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

NATURE DES 3 PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS (INDICES DE GRAVITÉ A ET B) ET ACCIDENTS (INDICES DE GRAVITÉ C À I)

Nature des 3 principaux incidents pour 2022-2023

3 PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS	NOMBRE	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES INCIDENTS	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS AU CIUSSS*
Médication	492	31,1 %	4,4 %
Événement lié au matériel	153	9,7 %	1,4 %
Événement lié à l'équipement	128	8,1 %	1,2 %
TOTAL	773	48,8 %	7,0 %

* Total de 11 076 événements au CIUSSS.

Nature des 3 principaux incidents pour 2022-2023

3 PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS	NOMBRE	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES INCIDENTS	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS AU CIUSSS*
Chute	4 164	43,9 %	37,6 %
Médication	1 127	11,9 %	10,2 %
Blessure d'origine inconnue	1 038	10,9 %	9,4 %
TOTAL	6 329	66,7 %	57,1 %

* Total de 11 076 événements au CIUSSS.

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

- 14,3 % sont des incidents (usager non touché, gravité A et B);
- 85,7 % sont des accidents (usager touché, gravité C à I).

Durant l'exercice financier 2022-2023, ce sont 11 076 événements indésirables qui ont été déclarés par les intervenants et partenaires du CIUSSS, par rapport à 11 859 en 2021-2022, soit une diminution de 7 %. Cette diminution concerne surtout les secteurs suivants :

- Services intégrés de 1re ligne : - 69,5% (Fermeture de 5 sites de vaccination);
- SAPA – RI/RNI/RTF : - 26,9% (Fermeture de la Ressource intermédiaire Pavillon en 2022);
- SAPA – Soutien à domicile : - 23,5%;
- Réadaptation : - 10,1%.

Par contre, une augmentation de la déclaration est notée dans la direction Santé mentale et dépendance (+ 13,8%), ainsi que dans les directions des Soins aigus (+ 10,5%) et du SAPA-Hébergement (+ 7,4%).

Il est à souligner que même en période de pandémie, nos équipes ont pu maintenir un nombre élevé de revues d'événements sentinelles réalisées, soit 136 revues d'événements sentinelles³ interdisciplinaires réalisées, comparativement à 93 en 2021-2022 et 61 en 2010-2021.

HARMONISATION DES PROCESSUS EN GESTION DE RISQUES

Dans un souci d'uniformiser les procédures en gestion de risques dans l'ensemble des installations de notre CIUSSS, nous avons amorcé en 2022-2023 l'informatisation du Rapport de déclaration d'incident/accident (AH-223) dans l'ensemble des secteurs d'activités du CIUSSS.

Le rôle du Super-Utilisateur représente la pierre angulaire du succès et du maintien à long terme de cette décentralisation de la saisie du rapport AH-223. Pour cette première année, ce virage numérique se chiffre entre autres à 277 intervenants distincts formés à la « Prestation sécuritaire des soins et services à l'utilisateur » et à 283 formés au « Système d'information en gestion de risques SISSS ». Ces participants relèvent des milieux de services en Réadaptation (Hôpital Mont-Sinaï, Réadaptation cardiaque-Hôpital Catherine-Booth), des Services intégrés de 1re ligne (Maison de naissance, Services d'Info-Santé/Info-Social, GIMA, Clinique de polarisation, GAMF, GAP), des Services des archives et du SAPA-Hébergement (Hôpital Mont-Sinaï). Ce projet d'envergure qui suscite l'intérêt et l'enthousiasme de plusieurs se poursuit pour l'année suivante.

ACTIONS ENTREPRISES PAR LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET MESURES MISES EN PLACE EN LIEN AVEC LES PRINCIPAUX RISQUES D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS IDENTIFIÉS

Le comité de qualité et de gestion des risques a poursuivi ses travaux et a tenu onze rencontres dans la dernière année. Les éléments suivants ont été révisés : les données en lien avec la culture de sécurité, tous les enjeux liés à la sécurité du médicament, à la gestion de la pandémie et de la vaccination, à la prévention et au contrôle des infections, à la santé et sécurité au travail, à la démarche d'agrément, aux audits, à la prévention de la violence, à la prévention de la maltraitance, à la loi de Vanessa, au processus d'assurance qualité en RI-RTF, et au programme NSQIP (*National Surgical Quality Improvement Program*).

En lien avec les principaux risques d'incidents et d'accidents identifiés, voici les mesures mises en place :

³ Les événements sentinelles sont des événements qui peuvent avoir l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes :

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

- Médication :
 - Déploiement de PANDAWebRX/GespharLite (prescripteur électronique) dans tous les centres du CIUSSS avec patients admis (soins aigus, soins de longue durée et réadaptation);
 - Implantation d'une fonction forçant la double identification du patient pour le prescripteur électronique;
 - Mise à jour de la documentation des timbres médicamenteux;
 - Uniformisation des registres de documentation des stupéfiants;
 - Dossier Réfrigérateur à médicaments : Déploiement du Système Atek sur toutes les unités de soins de l'hôpital et dans la communauté, pour la surveillance à distance des températures du réfrigérateur;
 - Approbation de la politique sur les médicaments de niveau d'alerte élevée par le Comité Qualité et gestion des risques;
 - Informatisation des audits de salles de médicaments;
 - Introduction de seringues d'anticoagulants pré-remplies;
 - Comité de gestion des pompes intelligentes;
 - Mise à jour du protocole d'administration du fer intraveineux dans le CIUSSS;
 - Publication de MedSafe.
- Événements liés au matériel et à l'équipement :
 - Poursuite des travaux du comité pour l'inspection préventive de l'équipement et du matériel mis en place en septembre 2021, dont les rencontres sont mensuelles;
 - Mise en place d'un plan d'action en suivi à chaque événement sentinelle.
- Chutes :
 - Mise en place d'un comité de prévention des chutes CIUSSS, destiné à réviser les événements en lien avec les chutes et à identifier les mesures permettant d'éviter la récurrence;
 - Activités et communications lors du mois de la prévention des chutes, en novembre de chaque année.
- Blessures d'origine inconnue :
 - Sensibilisation des équipes sur l'importance d'investiguer sur la cause des blessures afin d'apporter des changements et éviter la récurrence;
 - Sensibilisation sur la nécessité d'accroître la vigilance et d'évaluer s'il pourrait s'agir de cas de maltraitance.

ACTIONS ENTREPRISES PAR LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET MESURES MISES EN PLACE EN LIEN AVEC LA SURVEILLANCE, LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

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

- La participation interdisciplinaire et inter-directions dans la prévention et la gestion des maladies infectieuses nous a permis de mettre en place les mesures suivantes :
 - Plus de 2 000 personnes ont été formées par le département de Prévention et contrôle des infections à travers le CIUSSS, ou par le biais de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA), sur les mesures de prévention et de contrôle des infections;

- Création et mise à jour continue de politiques et procédures aidant à la gestion de la covid-19, tel le plan de soins pour le dépistage de la covid-19 à l'admission;
 - Maintien d'une forte collaboration et complémentarité avec les équipes SAPA, Réadaptation, Prévention et contrôle des infections, Santé mieux-être au travail, Services de dépistage de la première ligne, Santé publique locale et régionale et Direction de la qualité;
 - Création d'outils et de formations relatifs à la gestion de la gale dans les milieux de soins longue durée (CHSLD et Ressources intermédiaires);
 - Soutien hebdomadaire ou selon les besoins des installations, incluant une communication et collaboration continue dans l'application des directives ministérielles.
 - La surveillance des infections nosocomiales a permis d'identifier les tendances et de mettre en oeuvre des plans d'action, afin de :
 - Gérer des éclosions ponctuelles telles que la gale ou l'Influenza;
 - Renforcer les mesures de prévention des infections des cathéters centraux par le biais de l'instauration d'audits relatifs à l'Ensemble de pratiques exemplaires visant les soins aux cathéters centraux de l'Institut national de Santé publique du Québec (INSPQ);
 - Débuter la surveillance du taux d'incidence des infections urinaires associées à l'utilisation d'un cathéter urinaire en soins de longue durée et implantation d'un projet pilote dans deux unités de soins aigus;
 - Diminuer la colonisation par les entérobactéries productrices de carbapénémases, présentement à un taux annuel de 2,82/10 000 jours-patients;
 - Atteindre toutes nos cibles d'hygiène des mains dans tous nos secteurs de soins et services (84% à 98%). Suivi du taux de conformité par service et mise en place de plans d'actions lorsque les taux ne sont pas satisfaisants. En parallèle, poursuite de l'utilisation d'un outil d'autoévaluation de l'hygiène des mains pour les sites ambulatoires et les soins à domicile;
 - Effectuer les surveillances obligatoires des infections nosocomiales sur la plateforme SI-SPIN par le département de Prévention et de contrôle des infections.
 - Le programme du NSQIP (*National Surgical Quality Improvement Program*), auquel l'Hôpital général juif adhère depuis 2009, contribue à la surveillance, la prévention et le contrôle des infections en plus de la surveillance des autres indicateurs de sécurité et d'amélioration dans le secteur de la chirurgie.
- En 2022-2023, des données ont été colligées sur 2 307 dossiers de patients en lien avec des chirurgies générales, colorectales, orthopédiques, urologiques, de la thyroïde, gynécologiques et vasculaires. Cette année, nous avons innové avec le partage des résultats aux équipes grâce à des rapports personnalisés en plus des présentations habituelles au Comité de la qualité et de la gestion des risques.
- Nous pouvons célébrer :
- Des améliorations dans la prévention des pneumonies et des intubations non planifiées grâce à la mise en place d'une équipe interdisciplinaire qui a révisé la littérature et créé des affiches de formation aux patients et une vidéo.

- Des améliorations envers la réduction des opioïdes prescrits au départ à la maison suite à une chirurgie, grâce à la mise sur pied d'un comité interdisciplinaire incluant la pharmacie, qui a revu nos pratiques et les pratiques probantes afin de développer des lignes directrices pour la prise de décision des médecins pour la prescription des opioïdes lors du congé, ainsi que la création d'une vidéo pour les patients au sujet de la gestion de la douleur.
- Des améliorations dans la prévention des infections postopératoires des voies urinaires associées aux cathéters chez les patients en chirurgie générale. Une équipe d'infirmières et l'infirmière du NSQIP ont passé en revue la littérature sur les meilleures pratiques de prévention des infections urinaires et vérifié la pratique infirmière actuelle. Sur la base des résultats de ces audits, des séances de formation ont été données aux infirmières actuelles et nouvelles sur les bonnes techniques d'insertion de cathéter de Foley et d'échantillonnage d'urine, afin de minimiser le risque d'infections urinaires associées au cathéter.

PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

- Les comités directeurs et les comités locaux ont poursuivi leur travail de vigie sur l'utilisation des mesures de contrôle dans leurs sites respectifs. Les comités directeurs et les comités locaux ont tenu leurs rencontres de façon régulière.
- Le comité directeur, avec la participation des comités locaux, a procédé au lancement des capsules de formation sur la plateforme ENA, sur la nouvelle politique et procédure CIUSSS. Ces capsules sont

maintenant disponibles pour tous les employés du CIUSSS.

- Audits : Des audits de prévalence trimestriels ont été réalisés dans tous les sites. Le comité directeur a participé à des rencontres de revue d'événements sentinelles en lien avec l'application de mesures de contrôle. Des plans d'actions ont été développés suite aux recommandations établies.
- Le comité directeur a effectué une tournée des différents sites où les mesures de contrôle sont appliquées, afin de mieux comprendre les réalités cliniques ainsi que répondre au besoin de soutien des équipes.
- Le comité directeur, avec la participation des comités locaux, a effectué une revue exhaustive de la littérature afin de mieux cibler les indicateurs de performance et de processus en lien avec l'application des mesures de contrôle. Les taux de prévalence ont été revus et ajustés selon les milieux cliniques, le type de clientèle ainsi que les évidences et les meilleures pratiques cliniques. De plus, des indicateurs ont été définis afin d'améliorer la documentation en lien avec l'application de mesures de contrôle.
- Prochaines étapes :
 - Un formulaire de suivi des mesures de contrôle est en cours d'examen pour transférabilité à l'échelle du CIUSSS par un comité local des mesures de contrôle de l'Hôpital général juif;
 - En collaboration avec la Direction des soins infirmiers, la Direction de la Réadaptation et des services multidisciplinaire et la Direction de la Qualité, le comité directeur vise la mise en place d'un processus d'audit en lien avec la documentation de l'application de mesures de contrôle, et ce, dans toutes les installations du CIUSSS. Les indicateurs

choisis, ainsi que le choix d'une plateforme de collecte de données, permettront d'harmoniser la pratique sur les audits. Selon les recommandations de récents événements sentinelles, le comité directeur, avec la participation des comités locaux, travaille sur le développement de matériel éducatif pour les usagers et leurs familles en lien avec l'utilisation de mesures de contrôle ainsi que les conséquences reliées à cette même utilisation.

MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT ET LE COMITÉ DE LA VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ À LA SUITE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LE BUREAU DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le comité de vigilance et de la qualité s'est rencontré huit fois au cours de l'année 2022-2023. Six de ces rencontres ont été allouées au suivi des recommandations soumises par le Bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, et deux ont été des rencontres en comité élargi afin de faire des suivis avec les représentants des directions sur des thèmes précis.

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

- Qualité des soins dans les Résidences pour aînés et les CHSLD privés et privés conventionnés :
 - Des évaluations de sites ont été réalisées conjointement par la Direction SAPA, la Direction des Soins infirmiers et la Direction QTEVE & SV, grâce à un effort concerté des équipes.
 - Une équipe SWAT a été mise en place, pour laquelle nous recevrons une enveloppe budgétaire récurrente du MSSS débutant en 2023-2024. Certains sites sont suivis étroitement par cette
- équipe, et des plans d'action sont mis en place.
- Notre CIUSSS offre son soutien aux organisations, soit par du coaching, du développement d'outils, ou d'autres modalités répondant à leurs besoins.
- Le MSSS a procédé à la fermeture du site d'hébergement Les Floralties, ce qui implique que nous ayons dû relocaliser 124 résidents.
- Un des grands défis auquel nous faisons face est le nombre de lits de type CHSLD disponibles sur notre territoire, qui n'est pas suffisant pour notre population. Le MSSS est informé de cet enjeu.
- Politique sur la Gestion des effets personnels des usagers qui ont été perdus, volés ou brisés :
 - Nous avons mis en place un suivi à partir de 3 indicateurs de résultats, et des améliorations notables ont été constatées :
 - ◆ Diminution du délai entre le dépôt de la plainte et l'envoi de l'accusé de réception au plaignant;
 - ◆ Remboursement en moins de 35 jours (Délai de réception de la plainte et la fermeture du dossier);
 - ◆ Si aucun remboursement n'est requis, le dossier est fermé en moins de 18 jours.
 - Nous avons constaté des gains importants par rapport au suivi des objets perdus, et moins de plaintes formelles adressées au Bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
- Prix des chambres – désignation chambre privée, semi-privée et salle :
 - Une plainte à ce sujet a également été portée auprès du Protecteur du citoyen;
 - Voir le résumé des mesures mises en place dans le tableau ci-dessous.

MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT ET LE COMITÉ DE LA VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ À LA SUITE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Une seule plainte a été reçue par notre établissement le 28 avril 2023, concernant une situation d'avril 2022.

LIBELLÉ DE LA RECOMMANDATION DE 2022-2023	STATUT	RÉSUMÉ DES MESURES MISES EN PLACE
Motif de la plainte : Facturation de frais de chambre sans consentement éclairé	En cours	Nous avons répondu au Protecteur du citoyen dans le respect de l'échéancier fixé au 30 juin 2023
Annuler la facture	Réglé	L'utilisateur a été remboursé
Donner de l'information claire et adéquate aux usagers concernant la facturation des frais de chambre, notamment lorsqu'aucune salle n'est disponible sur une unité	En cours	Mise à jour des informations à destination des usagers sur le site Internet du CIUSSS – en cours
Cesser de facturer une chambre qui est la chambre de base sur une unité de soins	En cours	Le portrait des chambres privées, semi-privées et salles a été mis à jour

RECOMMANDATIONS ADRESSÉES AU CIUSSS DU CENTRE-OUEST PAR LE CORONER ET MESURES MISES EN PLACE

En 2022-2023, 4 recommandations ont été émises par le Coroner à notre CIUSSS, pour 2 cas.

RAPPORTS DU CORONER	
RECOMMANDATIONS	MESURES MISES EN PLACE
Cas 1 : Décès d'un usager dû à une cascade de complications résultant d'une chute à vélo, défaillance multi-organique :	
Recommandation : Il a été demandé de procéder à l'analyse des décisions médicales et de mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients en pareille circonstance.	- Une revue approfondie du dossier médical et des interventions médicales a été réalisée par les équipes clinique et l'équipe qualité. - La littérature scientifique a également été revue. - Les points spécifiques soulevés par le coroner ont tous été adressés.
Cas 2 : Suicide	
Recommandations : Déployer en priorité toutes les actions et ressources requises afin que tous les Québécois aient accès et soient orientés aux bons services de santé mentale et en prévention du suicide facilement et en temps opportun.	Beaucoup de travail a été fait pour sensibiliser l'ensemble des professionnels du CIUSSS à l'évaluation du risque suicidaire et ceci auprès de tous nos usagers. Ceci est d'ailleurs une norme d'agrément et des audits sont fait auprès des professionnels de la santé et des services sociaux par toutes les directions cliniques.
Bonifier l'approche et les services offerts par la Ligne Info-Santé afin de répondre sans délais aux demandes d'aide logées par les proches d'une personne vivant avec des problèmes de santé mentale ou des idées noires.	L'importance de bien saisir le message des usagers qui appellent la Ligne Info-Santé de diverses façons a été rappelé aux employés qui sont déjà très sensibles à cette problématique.
Augmenter la notoriété des ressources d'aide en prévention du suicide et de leur expertise, dont le nouveau service numérique qui vient multiplier les façons de demander de l'aide et rejoindre les clientèles variées.	La Direction du programme de santé mentale et dépendance offre son expertise aux autres directions cliniques. Le lancement de la plateforme Libra-Aid offre un salon virtuel de ressources en santé mentale. Elle regroupe l'information sur les différents partenaires communautaires impliqués auprès des personnes dont la santé mentale ou psychologique est affectée.

RECOMMANDATIONS ADRESSÉES AU CIUSSS DU CENTRE-OUEST PAR D'AUTRES INSTANCES, ET MESURES MISES EN PLACE

COMITÉ DES USAGERS	
RECOMMANDATIONS	MESURES MISES EN PLACE
Politique sur la culture de sécurité des usagers : Intégrer des mesures que l'établissement mettrait en place dans l'éventualité de résidents qui peuvent avoir des comportements violents à l'endroit d'autres résidents ou du personnel.	- La dernière révision de la politique sur la culture de sécurité des usagers date de 2021. Elle doit être révisée pour janvier 2024. - Ceci est une opportunité de voir comment nous pouvons être plus spécifiques envers la violence entre résidents. - Il est important de regarder la Politique de tolérance zéro contre la violence.
Politique sur la lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables : Demande de former les membres des comités des usagers	- Accès à la formation en ligne de la plateforme ENA. - Une formation sera faite aux membres à l'été 2023.

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

Tableau : Les mises sous garde (1er avril au 31 mars)

	MISSION CH	MISSION CLSC	TOTAL MISSIONS
Nombre de mise sous garde préventive appliquées	680	-	680
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	179
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	169	6	175
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	244
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)	242	-	242

5.4 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

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

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

5.5 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

INFORMATION À LA POPULATION

Cette année encore, nous nous sommes assurés de mettre à la disposition de la population les informations les plus récentes et pertinentes en lien avec la covid-19, que ce soit sur notre site internet ou sur les médias sociaux : directives ministérielles, sites de dépistage, sites de vaccination, questions/réponses, modification dans nos offres de services (heures d'ouverture, mesures d'accès, modalités pour les personnes accompagnantes, etc). De nombreuses informations sont traduites dans une quinzaine de langues, afin de répondre aux besoins de la population multiculturelle de notre territoire.

- Activité avec la population :

- Notre séance publique annuelle d'information s'est tenue le 2 novembre 2022. Dans le respect des directives de la Santé publique, nous avons été en mesure de tenir cette assemblée en présence, à l'Hôpital général juif. Ce sont près d'une centaine de personnes qui ont assisté à l'assemblée. La rencontre a été traduite en langue des signes (français et anglais) en simultané, grâce à 2 interprètes.

- Plateforme Web :
 - De nombreuses informations sont facilement accessibles à partir de notre site Internet : www.ciussscentreouest.ca. Ce site a reçu un total de 2 457 446 pages vues en 2022, en augmentation par rapport à 2021 (2 177 469 vues).
 - Le site <https://www.hgj.ca/> a cumulé un total de 2 026 957 pages consultées en 2022, en augmentation par rapport à 2021 (1 825 597 visites).
 - Nous avons plusieurs publications régulières :
 - ◆ Le lectorat de Nouvelles HGJ est en légère augmentation par rapport à l'année dernière, avec près de 138 400 visites. <https://jghnews.ciussswestcentral.ca/fr/>
 - ◆ L'infolettre 360° a reçu 87 294 visites en 2022. <https://ciusss360.ca/fr/>
- Nous sommes présents sur de nombreux médias sociaux, et nos abonnés sont en augmentation par rapport à l'année passée :
 - Youtube : CIUSSSCentreOuestWest-CentralMontréal - 3 240 abonnés (22,5% d'augmentation)
 - LinkedIn : ciussscentreouestmontreal - 23 203 abonnés (32% d'augmentation)
 - Instagram : ciusss_comtl - 2 931 abonnés (9,6% d'augmentation)
 - Facebook : CIUSSSCentreOuest - 12 541 abonnés (3,4% d'augmentation)
 - Twitter : CIUSSS_COMTL - 3 255 abonnés (stable)
- Notre équipe des communications a répondu à 1 030 demandes médias.

- Nous avons maintenu nos liens avec les comités des usagers et nos partenaires communautaires, ainsi que nos participations aux différentes tables de concertation. L'ensemble de ces activités nous a permis de transmettre de l'information à tous les groupes communautaires de notre territoire, et de nous assurer que nous répondions adéquatement aux besoins des citoyens. Nous sommes demeurés engagés et proactifs envers nos communautés.

CONSULTATION : MESURE DE L'EXPÉRIENCE USAGER

Depuis juin 2015, notre CIUSSS a introduit le sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC). Cette initiative est une collaboration entre l'Institut canadien d'information pour la santé, l'Institut canadien pour la sécurité des patients et Agrément Canada.

Depuis 2017, des questionnaires sont envoyés de façon hebdomadaire. En 2022-2023, nous avons fait un projet pilote où nous avons envoyé 200 sondages par semaine : 100 d'une version papier et 100 avec une lettre qui comprenait un lien et un code QR pour une version électronique du sondage. Au total, 10 400 formulaires ont été envoyés, sur lesquels 891⁴ ont été complétés et retournés. Des rapports trimestriels sont envoyés aux unités de soins et aux directions afin qu'elles puissent élaborer et mettre en oeuvre des plans d'amélioration.

En 2022-2023, comme par le passé, les usagers sondés en soins aigus soulignent une grande satisfaction d'être traités avec respect et courtoisie par les professionnels de la santé. Il ressort des sondages de l'expérience usager que plus de 71 % des patients attribuent à l'Hôpital général juif une note de 9 à 10 sur 10 (10 étant le meilleur hôpital possible), ce qui est une hausse de 4% depuis l'an-

née dernière. Aussi, plus de 83 % des patients recommanderaient l'hôpital aux membres de leur famille ou à leurs amis (une baisse de 2% par rapport à l'année dernière).

D'autres programmes ont également réalisé des sondages sur l'expérience usager et famille. Nous avons comptabilisé une vingtaine de secteurs parmi lesquels la clientèle en réadaptation pour les patients admis à l'hôpital, la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie, la clientèle de nos CHSLD en collaboration avec le comité des usagers, la clientèle de notre programme d'Hôpital@Domicile, incluant plusieurs sondages pour les proches aidants, ou encore la clientèle de différentes cliniques spécialisées externes et des services administratifs (Génétique, Oncologie, NICU, Enfance famille Jeunesse, les Archives, etc.).

En plus, l'équipe d'oncologie a créé un sondage sur l'expérience des patients dans le cadre de leur application BELONG, qui a récemment remporté un prix de cancérologie en 2022.

Ce sont donc plus de 4 000 questionnaires qui ont été remplis par les usagers et que nous avons reçus. Suite à la réception de ces questionnaires, des analyses et des plans d'action avec des mesures concrètes d'amélioration des services ont été élaborés. Ces plans d'action font régulièrement l'objet de suivis auprès des équipes concernées.

⁴ Les sondages continuent toujours d'être complétés et retournés par les usagers

CONSULTATION ET IMPLICATION : USAGERS PARTENAIRES

Les usagers partenaires font partie intégrante de nos modes d'intervention depuis plus de 15 ans. Les usagers partenaires se joignent à différents projets, comités, équipes d'amélioration continue de la qualité ou autres initiatives, et ceci à travers toutes les missions du CIUSSS. Ces usagers partenaires nous permettent de nous améliorer, en tenant compte de leur vision des soins et en intégrant le ressenti vécu par nos usagers. Cette collaboration apporte une grande satisfaction tant de la part des usagers partenaires, que des équipes qui ont eu à travailler avec eux.

En 2022-2023, nous avons reçu 35 nouvelles demandes d'implication d'usagers partenaires, une hausse de 20 demandes comparativement à l'année 2021-2022. Les usagers partenaires sont actuellement investis dans diverses activités telles que :

- Les comités locaux du circuit du médicament et comité circuit du médicament CIUSSS;
- Les comités d'amélioration continue de la qualité, dont le comité de la qualité et la gestion des risques et celui sur la télésanté;
- La communauté de pratique Innovation (OROT);
- La révision des politiques et dépliants du CIUSSS;
- Les comités et les travaux visant le développement des Unités de Pratique Intégrée (trajectoires) dans les secteurs suivants : Cardiovasculaire, Neurosciences, Musculosquelettique, Mère-enfance-Famille, Santé mentale, Profil gériatrique, Douleur chronique, Troubles d'apprentissage (DP-DI-TSA) et troubles du langage;

- Les comités tactiques de notre Centre de commandement et de l'Hôpital@Domicile;
- Les comités transversaux tels que le comité de prévention des chutes, la pratique organisationnelle requise du Cheminement des usagers et le comité sur les mesures de contrôle;
- Les différents projets de la Direction du Soutien à l'autonomie des personnes âgées et de la Direction des Soins Infirmiers (comme le comité de sélection pour les prix en soins infirmiers), divers projets et comités de la Direction des services intégrés de première ligne, etc.

Pour les prochaines années, nous travaillerons avec les usagers partenaires à améliorer nos outils et la formation de nos patients partenaires pour leur permettre d'être pleinement habilités pour l'exercice de leurs fonctions. Nous avons mis en place une plateforme électronique qui permet de faciliter l'accès à la documentation, d'améliorer la fluidité des communications et de promouvoir les activités.

IMPLICATION : SERVICES DE BÉNÉVOLES

Depuis plusieurs années maintenant, l'offre de services des bénévoles au sein de notre CIUSSS se distingue par la diversité des activités ainsi que la multitude des besoins couverts. Ce sont plus d'une centaine de bénévoles qui oeuvrent activement à rendre l'expérience des usagers plus agréable, en collaboration avec les équipes de soins. La reprise des activités des bénévoles sur nos sites a été permise par le MSSS en février 2022. L'équipe de cadres et d'employés a été mobilisée toute l'année afin de recruter des bénévoles et offrir une programmation variée qui répond au plus grand nombre de besoins possible.

Les actions de l'année 2022-2023 ont visé :

- La reprise des activités;
- Le développement d'une vision commune du service de bénévolat;
- La promotion de l'offre de services;
- Le recrutement;
- La reconnaissance de l'apport des bénévoles au sein de notre CIUSSS.

Après avoir vu son nombre de bénévoles diminuer pendant la pandémie, les usagers et les équipes de soins et services sont heureux de leur retour en grand nombre dans nos installations.

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

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

ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE	SITE OU INSTALLATION ¹				TOTAL ²
		CENTRE HOSPI-TALIER	CHSLD	DOMICILE	MAISON DE SOINS PALLIATIFS	
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier	666				N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD		130			N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile			756		N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs				127	N/A
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	39				39
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	159				159
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	82				82
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : • 2 personnes remplissaient les conditions au moment de la demande, mais ont cessé de les remplir au cours de la procédure d'évaluation. • 10 personnes sont décédées avant l'administration. • 22 personnes sont décédées avant la fin de l'évaluation. • 5 personnes ont retiré leur demande ou ont changé d'avis. • 3 personnes ne remplissaient pas les conditions au moment de la demande. • 12 personnes ont été transférées dans un autre établissement.	54				54

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

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

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Tableau de répartition de l'effectif en 2022 par catégorie de personnel

	NOMBRE D'EMPLOIS AU 31 MARS 2022			NOMBRE D'ETC EN 2021-2022		
	2022	2022 COVID	2022 TOTAL	2022	2022 COVID	2022 TOTAL
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 060	145	3 205	2 529	79	2 608
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 062	558	3 620	2 502	377	2 878
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 615	337	1 952	1 437	269	1 706
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	1 987	67	2 054	1 603	40	1 643
5 – Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *	94	19	113	77	10	87
6 – Personnel d'encadrement	377	15	392	357	8	365
8 – Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	2	92	94	1	66	68
Total	10 197	1 233	11 430	8 506	848	9 354

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

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

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

7.2 LA GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

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

11045176 CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL	COMPARAISON SUR 364 JOURS POUR 2021-2022		
	2022-03-27 AU 2023-03-25		
SOUS-CATÉGORIE D'EMPLOI DÉTERMINÉE PAR LE SCT	HEURES TRAVAILLÉES	HEURES SUPPLÉMEN- TAIRES	TOTAL HEURES RÉMUNÉRÉES
1 – Personnel d'encadrement	672 463	2 244	674 707
2 – Personnel professionnel	2 797 982	23 896	2 821 879
3 – Personnel infirmier	4 847 198	165 992	5 013 190
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	7 352 593	181 601	7 534 195
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 391 486	35 438	1 426 924
6 – Etudiants et stagiaires	17 462	33	17 495
Total 2022-2023	17 079 185	409 204	17 488 389
Total 2021-2022			17 808 226

Cible 2022-2023	17 600 594
Écart	112 205
Écart en %	0,6%

La cible ministérielle en heures rémunérées a été respectée.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

Tableau : Dépenses par programmes-services

PROGRAMMES	EXERCICE PRÉCÉDENT		EXERCICE COURANT		VARIATION DES DÉPENSES	
	DÉPENSES	%	DÉPENSES	%	ÉCART*	%**
PROGRAMMES - SERVICES						
Santé publique	67 193 430	5,4 %	25 720 374	2,2 %	(41 473 056)	-61,7 %
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	105 040 493	8,5 %	130 541 180	11,2 %	25 500 687	24,3 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées : • Volet Hébergement	189 251 886	15,2 %	157 583 449	13,6 %	(31 668 437)	-16,7 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées : • Volet Soutien à domicile et autres	71 955 496	5,8 %	78 981 485	6,8 %	7 025 989	9,8 %
Déficiences physique	50 112 141	4 %	48 405 992	4,2 %	(1 706 149)	-3,4 %
Déficiences intellectuelle et TSA	48 173 627	3,9 %	45 538 419	3,9 %	(2 635 208)	-5,5 %
Jeunes en difficulté	10 110 381	0,8 %	9 608 527	0,8 %	(501 854)	-5 %
Dépendances	874 852	0,1 %	1 673 321	0,1 %	798 469	91,3 %
Santé mentale	31 271 727	2,5 %	32 547 534	2,8 %	1 275 807	4,1 %
Santé Physique	405 612 251	32,7 %	384 650 133	33,1 %	(20 962 118)	-5,2 %
Administration	80 322 964	6,5 %	82 590 347	7,1 %	2 267 383	2,8 %
Soutien aux services	78 894 550	6,4 %	77 342 736	6,7 %	(1 551 814)	-2 %
Gestion des bâtiments et des équipements	102 963 519	8,3 %	86 065 635	7,4 %	(16 897 884)	-16,4 %
Total	1 241 777 317	100%	1 161 249 132	100%	(80 528 185)	-6,5 %

*: Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celles de l'année financière terminée.

**: Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année précédente.

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

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

8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a terminé l'année avec un excédent global de 44 591 074\$.

Le fonds d'immobilisations termine l'année avec un surplus de 44 646 146\$, et le fonds d'exploitation termine l'année avec un déficit de 55 072\$. Le déficit du fonds d'exploitation s'explique par l'utilisation d'un excédent d'une année antérieure qui a été affecté en 2022-2023.

Le CIUSSS a respecté son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin d'une année financière.

8.3 LES CONTRATS DE SERVICES

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

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique ¹	24	3 618 652,96 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	202	257 985 209,52 \$
Total des contrats de services	226	261 603 862,48 \$

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

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

9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La Direction des Ressources informationnelles et la Direction Santé numérique sont des partenaires essentiels de notre transformation numérique. En dehors des projets visant le rehaussement de nos infrastructures technologiques, ainsi que l'accent mis sur la cybersécurité, les équipes sont mobilisées afin de soutenir les directions cliniques et administratives dans leurs projets. Plusieurs des réalisations auxquelles ces 2 directions ont participé sont d'ailleurs mentionnées dans le volet 3.3. *Les faits saillants.*

UN PLAN DE MODERNISATION TECHNOLOGIQUE POUR LES CLINIENS ET LES USAGERS

L'équipe des ressources informationnelles est investie dans près de 30 projets répartis dans les 6 sujets identifiés par le MSSS : Moderniser les outils technologiques, Rehausser la capacité du réseau de télécommunication, Rehaussement de la cybersécurité, Virage vers l'infonuagique, Arrimage avec les projets provinciaux prioritaires, Mise en place des fondations nécessaires à l'implantation du Dossier de santé numérique.

Ces sujets supportent les objectifs et les actions structurantes du *Plan ministériel de modernisation technologique 2022-2025 - Pour offrir au citoyen un système de santé et de services sociaux performant, transformé par le numérique.*

Voici quelques-uns des projets sur lesquels l'équipe des ressources informationnelles est à l'oeuvre : Projets majeurs en télécommunications et en téléphonie, rehaussement du parc informatique, déploiement de postes de travail cliniques mobiles pour les cliniciens, mise en place de bornes d'accueil pour les usagers en cliniques ambulatoires (implantation à la clinique d'oncologie ambulatoire et déploiement en cours dans d'autres cliniques), projet novateur d'Hôpital@domicile, développement du centre de commandement. Au travers de ces projets, l'équipe a dû faire face à des défis d'approvisionnement et de disponibilité des fournisseurs, et trouver des solutions pour répondre aux besoins des équipes cliniques.

Le Plan de modernisation technologique 2022-2023 aura permis à la direction des ressources informationnelles de continuer à améliorer les services offerts aux équipes cliniques et administratives du CIUSSS, ainsi qu'aux usagers. Le travail se poursuivra en 2023-2024 avec la suite de projets majeurs et l'ajout de nouvelles initiatives.

DES FORMULAIRES ÉLECTRONIQUES POUR LES CLINIENS

Au cours de l'année 2022-2023, les demandes pour de nouveaux formulaires électroniques (Centro) ont progressé, supportant ainsi une adoption sans précédent de la tenue de dossiers électroniques par les équipes cliniques du CIUSSS. Les avantages supplémentaires du partage d'informations entre le personnel clinique se sont traduits par une communication et une coordination améliorées, permettant davantage de soins au chevet du patient. Cette vague d'intérêt et d'ouverture aux nouveaux flux de travail numérique alimente le processus de transformation vers un environnement sans papier et les nouvelles initiatives en matière de soins virtuels. Le développement de formulaires électroniques par l'équipe des ressources informationnelles a notamment supporté les projets suivants : déploiement d'unités virtuelles, intégration de professionnels paramédicaux et de médecins, flux de travail pratiquement sans papier à la clinique d'accueil.

DES REHAUSSEMENTS APPLICATIFS POUR DES OUTILS CLINIQUES PLUS PERFORMANTS

Beaucoup d'activités et d'investissements sur nos applications critiques ont été réalisés, afin de procurer une expérience en constante amélioration pour l'ensemble du CIUSSS. Des progrès majeurs ont été obtenus, tant au niveau du rehaussement des infrastructures, qu'en ce qui

concerne la sécurité des accès et des données. Pour le volet clinique, une nouvelle solution de continuité pour MedUrge a été implantée, qui permet aux cliniciens des accès toujours plus fiables. D'autres applications ont également bénéficié de mises à jour majeures. Mentionnons notamment Endovault en oncologie, Opéra au bloc opératoire, PACS en radiologie, Chartmaxx aux archives médicales et Centricity Anesthesia en anesthésie. La qualité du parc applicatif continue ainsi à s'améliorer, permettant un meilleur positionnement vers la santé numérique.

CYBERSÉCURITÉ AU SERVICE DU CIUSSS

Les risques liés à la cybersécurité restent au premier plan des risques organisationnels hospitaliers dans le monde. Notre direction des ressources informationnelles a continué à améliorer les mécanismes de protection de notre CIUSSS, en collaboration avec nos partenaires du Centre Opérationnel de CyberDéfense du MSSS, et du Ministère de la cybersécurité et du numérique. En parallèle, des activités de sensibilisation aux risques en cybersécurité, notamment l'hameçonnage et le spamming, ont été menées régulièrement auprès de nos employés.

MIGRATION DE LA TÉLÉPHONIE POUR UNE PLUS GRANDE MOBILITÉ

La migration du système téléphonique de l'Hôpital général juif vers une solution technologique de nouvelle génération, la téléphonie IP, a été complétée. La migration des systèmes de téléphonie des autres sites du CIUSSS est prévue dans le courant de l'année 2023. En plus d'une meilleure qualité et d'une plus grande sécurité de l'offre en téléphonie, le CIUSSS aura ainsi accès à plusieurs nouveaux services, dont : les appels à 5 chiffres, l'intégration Webex/Teams, l'intégration à l'outil de gestion de notre centre de support en ressources informationnelles, et la possibilité d'intégrer les téléphones WiFi utilisés par nos équipes cliniques.

TÉLÉSANTÉ

L'équipe de télésanté est en soutien aux directions cliniques qui souhaitent développer des modalités de télésanté pour faciliter l'accès à leurs services pour les usagers. Voici quelques exemples des réalisations de cette année :

- Réalité virtuelle pour les patients de soins palliatifs : En collaboration avec la direction des soins infirmiers, des casques de réalité virtuelle ont été mis à la disposition du service de soins palliatifs, pour permettre aux patients en fin de vie d'effectuer des voyages auxquels ils n'ont pas accès.
- Amélioration des services de télésanté dans les cliniques externes : Équipement de la clinique de prévention cardiovasculaire, de la clinique COVID longue et maladie de Lyme chronique, ainsi que de la clinique ambulatoire en physiothérapie de l'Hôpital général juif, en matériel permettant d'effectuer des consultations de télésanté de manière plus efficace. Dans certains cas, des caméras de la technologie Owl sont notamment utilisées afin de donner une expérience plus immersive. Cette technologie permet ainsi de mieux intégrer les patients et les membres de leur famille dans les réunions virtuelles avec une équipe multidisciplinaire.
- Respect des normes en télésanté : L'équipe de télésanté s'assure que toutes les cliniques utilisant la télésanté respectent les normes et réglementations ministérielles en vigueur. Des guides pratiques ont notamment été élaborés afin de faciliter les consultations virtuelles.

10. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn

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

1104-5176

140-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

ETAT DU SUIVI DES RESERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULEES PAR L'AUDITEUR INDEPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations	Année XXXX- XXXX	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique iden- tifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
1	2	3	4	5

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers

En lien avec la subvention COVID-19, l'auditeur n'a pas été en mesure d'obtenir des éléments probants en lien avec les pertes de revenus et économies de coûts. Par conséquent il n'a pas pu déterminer si des ajustements devaient être apportés aux revenus de subvention du MSSS.	2020-2021	0500 Réserve	Aucune	0620 Non réglé

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées

AS-471 – Rapport financier annuel

Gabarit LGRG 2023.1.0

Révisée : 2020-2021

Timbre valideur

Rapport V 1.0

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn

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

1104-5176

140-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant				
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2012-2013	0520 Commentaire	Relié aux limites du système	0600 Non réglé
Rapport à la gouvernance				

AS-471 – Rapport financier annuel

Gabarit LGRG 2023.1.0

Révisée : 2020-2021

Timbre valideur

Rapport V 1.0

11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué dans notre établissement pour l'année 2022-2023.

12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

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

ANNEXE

ANNEXE : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

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

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. FONDEMENT LÉGAL

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).

- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. CHAMP D'APPLICATION

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

5. DISPOSITION FINALE

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

6. DIFFUSION

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

³ BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision.

L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

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

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

8. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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

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

8.1 DISPONIBILITÉ ET COMPÉTENCE

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

8.2 RESPECT ET LOYAUTÉ

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

8.3 IMPARTIALITÉ

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

8.4 TRANSPARENCE

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

8.5 DISCRÉTION ET CONFIDENTIALITÉ

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

8.6 CONSIDÉRATIONS POLITIQUES

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 RELATIONS PUBLIQUES

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

8.8 CHARGE PUBLIQUE

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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 à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

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

SECTION 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

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

18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE**AVIS SIGNÉ**

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

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

1. Intérêts pécuniaires

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

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Des croix médicales se croisent pour représenter le chevauchement de chaque pilier de Vos soins partout. Chaque bras mène à une voie différente de soins et d'innovation.

Bleu #9FDBEE - un clin d'œil à la feuille du logo de l'Hôpital général juif, l'HGJ étant le point d'ancrage central de Vos soins partout.

La croix est déconstruite pour former les pointes du logo, qui représentent les points cardinaux et la portée de Vos soins partout.

Le logo dans son ensemble est de nature circulaire, représentant le continuum des soins.

Chaque point rappelle un cœur. Le cœur unique, mis en évidence, est centralisé à la base, ancrant la marque.

vos soins partout care everywhere

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

Québec 

