

2022

2023

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



Rapport annuel de gestion
Bilan et perspectives

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES.....	4
SECTION 1 – LE MESSAGE DES AUTORITÉS.....	6
MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	6
SECTION 2 – LA DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES.....	7
SECTION 3 – LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS.....	8
3.1 L'ÉTABLISSEMENT	8
L'ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2023	10
3.2 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES	11
3.2.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION	11
3.2.2 LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES.....	12
3.3 LES FAITS SAILLANTS	16
SECTION 4 – LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ (EGI).....	42
CHAPITRE III : ATTENTES SPÉCIFIQUES	42
CHAPITRE IV : ENGAGEMENTS ANNUELS	49
SECTION 5 – LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	57
L'AGRÉMENT	57
LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	57
LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE SELON LA MISSION	65
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS	66
L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION.....	67
SECTION 6 – L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....	69
SECTION 7 – LES RESSOURCES HUMAINES.....	71
LE TABLEAU DES RESSOURCES HUMAINES.....	71
LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS.....	72
SECTION 8 – LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....	73
L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME.....	73
SECTION 9 – LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	75
SECTION 10 – L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	77
SECTION 11 – LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....	80
ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	81
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	83

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	86
Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	89
Section 4 – APPLICATION.....	90
ANNEXE 2 – STATISTIQUES – DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE.....	102
SIGNALEMENTS TRAITÉS DURANT L'ANNÉE.....	102
PROVENANCE DES SIGNALEMENTS TRAITÉS.....	102
SIGNALEMENTS RETENUS PAR PROBLÉMATIQUE.....	103
MILIEU DE VIE DES ENFANTS DONT LA SITUATION EST PRISE EN CHARGE PAR LE DPJ.....	103
NOMBRE D'ADOLESCENTS CONTREVENANTS ÉVALUÉS ET ORIENTÉS PAR LE DIRECTEUR PROVINCIAL	104

Adopté par le conseil d'administration le 20 juin 2023.

LISTE DES ACRONYMES

AISQ	Association des Inuits du Sud du Québec
ARH	Agents de relations humaines
ASFF	Approche des sciences infirmières et de santé fondées sur les forces
CAR	Clinique d'accès rapide
CCIP	Cathéters veineux centraux insérés par voie périphérique
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSM	Centre hospitalier de St. Mary
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS ODIM	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRAIP	Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale
CR	Centre de réadaptation
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
CRSM	Centre de recherche de St. Mary
DAUER	Direction des affaires universitaires, enseignement et recherche
DI	Déficience intellectuelle
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (Direction)
DLog	Direction logistique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPSMD	Direction des programmes santé mentale et dépendances
DRHAJ	Direction des ressources humaines et des affaires juridiques
DSAPA	Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
ÉDI	Équité, diversité et inclusion
FRQS	Fonds de recherche du Québec-Santé
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire

HGL	Hôpital général du Lakeshore
HL	Hôpital de LaSalle
IDHC	Infirmières diplômées hors Canada
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IUSMD	Institut universitaire en santé mentale Douglas
JED	Jeunesse en difficulté
LCOP	Loi sur les contrats des organismes publics
MDA	Maison des aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente directrice générale
PJ	Programme jeunesse (Direction)
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
RARC	Responsables de l'application des règles contractuelles
RFT	Ressource de type familial
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux
USER	Service d'encadrement et de soutien à la recherche

SECTION 1 – LE MESSAGE DES AUTORITÉS

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Au nom du Conseil d'administration et de la Direction générale, c'est avec un grand plaisir que nous vous présentons notre rapport annuel de gestion pour l'exercice 2022-2023.

Permettez-nous d'abord de remercier Najia Hachimi-Idrissi, qui a rempli avec brio les fonctions de présidente-directrice générale par intérim pendant sept mois, ainsi que Lynne McVey, qui a assuré le poste de présidente-directrice générale avec un grand dévouement au cours des dernières années.

C'est en février dernier que notre nouveau président-directeur général, Dan Gabay, a pris les rênes de notre organisation. Depuis son entrée en fonction, il a pu constater le dévouement et la résilience de notre personnel face aux défis du réseau de la santé. Il a été vivement impressionné par la force du Nous, qui caractérise notre établissement.

De plus, nous tenons à souligner la participation de toutes les directions à un grand travail de priorisation des projets du CIUSSS, en cohérence avec les orientations nommées dans le *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* du gouvernement du Québec. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés des deux grands principes du Plan : soit d'offrir des soins à échelle humaine et d'améliorer notre performance.

Notre rapport annuel de gestion 2022-2023 présente nos réalisations et nos avancées cliniques. Grâce à l'ardeur et au professionnalisme de nos équipes, nous avons été en mesure d'accomplir notre mission et de relever les inévitables défis. Pensons, entre autres, à la visite d'Agrément Canada en février dernier, qui a démontré une fois de plus l'excellence de notre CIUSSS.

Enfin, nous remercions chaleureusement toute la communauté du CIUSSS, les employés, les professionnels, les gestionnaires, les médecins, les partenaires, les fondations et les bénévoles pour leurs contributions exceptionnelles. C'est ensemble, grâce à la force du Nous, que nous pourrons continuer à offrir des soins et services de qualité à notre population. C'est un honneur de côtoyer ces équipes qui mettent la santé et le bien-être de nos résidents, usagers et clients au cœur de leurs actions, et ce, jour après jour.

Cordialement,



Richard Legault

Président du conseil d'administration



Dan Gabay

Président-directeur général

SECTION 2 – LA DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

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

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

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

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



Dan Gabay
Président-directeur général

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

3.1 L'ÉTABLISSEMENT

MISSION ET PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS

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

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

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

Source : [ministère de la Santé et des Services sociaux](#)

De par la nature de ses établissements constitutifs, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal couvre les cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, lui permettant ainsi d'assurer une meilleure intégration de ses services à sa population et à ses clientèles. Entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023, l'établissement exploitait :

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

DÉSIGNATION UNIVERSITAIRE ET PRINCIPAUX SERVICES

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal compte deux installations ayant une désignation universitaire, soit l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et le Centre hospitalier de St. Mary, ainsi que deux centres de

recherche : le Centre de recherche Douglas, accrédité par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et 2^e centre le plus performant au Canada dans son domaine, et le Centre de recherche de St. Mary.

L'équivalent de 2107 stages universitaires a été effectué cette année dans les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

- 627 étudiants en médecine;
- 874 résidents et *Fellows*; et
- 606 stages non médicaux effectués dans 23 de nos sites et touchant 21 disciplines (services sociaux, soins de santé, génie, administration, ressources humaines, etc.).

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

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

VOCATION RÉGIONALE ET SUPRARÉGIONALE

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

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

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

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été créé le 1^{er} avril 2015.

En date du 31 mars 2023, il était constitué des installations suivantes :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM)• Centre de soins prolongés Grace Dart (Grace Dart)• Centre hospitalier de St. Mary (CHSM)• Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Centres Batshaw)• Hôpital Sainte-Anne (HSA)• Institut universitaire en santé mentale Douglas (Institut Douglas)• Réseau local de services (RLS) de l'Ouest-de-l'Île<ul style="list-style-type: none">▪ CLSC de Pierrefonds▪ CLSC du Lac-Saint-Louis▪ CHSLD Denis-Benjamin-Viger▪ Hôpital général du Lakeshore (HGL)+ | <ul style="list-style-type: none">• Réseau local de services (RLS) de Dorval-Lachine-LaSalle<ul style="list-style-type: none">▪ CLSC de Dorval-Lachine▪ CLSC de LaSalle▪ CHSLD de Dorval▪ CHSLD en santé mentale de Lachine▪ CHSLD de Lachine▪ CHSLD de LaSalle▪ CHSLD Nazaire-Piché▪ Unité d'hébergement de l'Hôpital de LaSalle▪ Hôpital de LaSalle (HL) |
|--|--|

L'ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2023

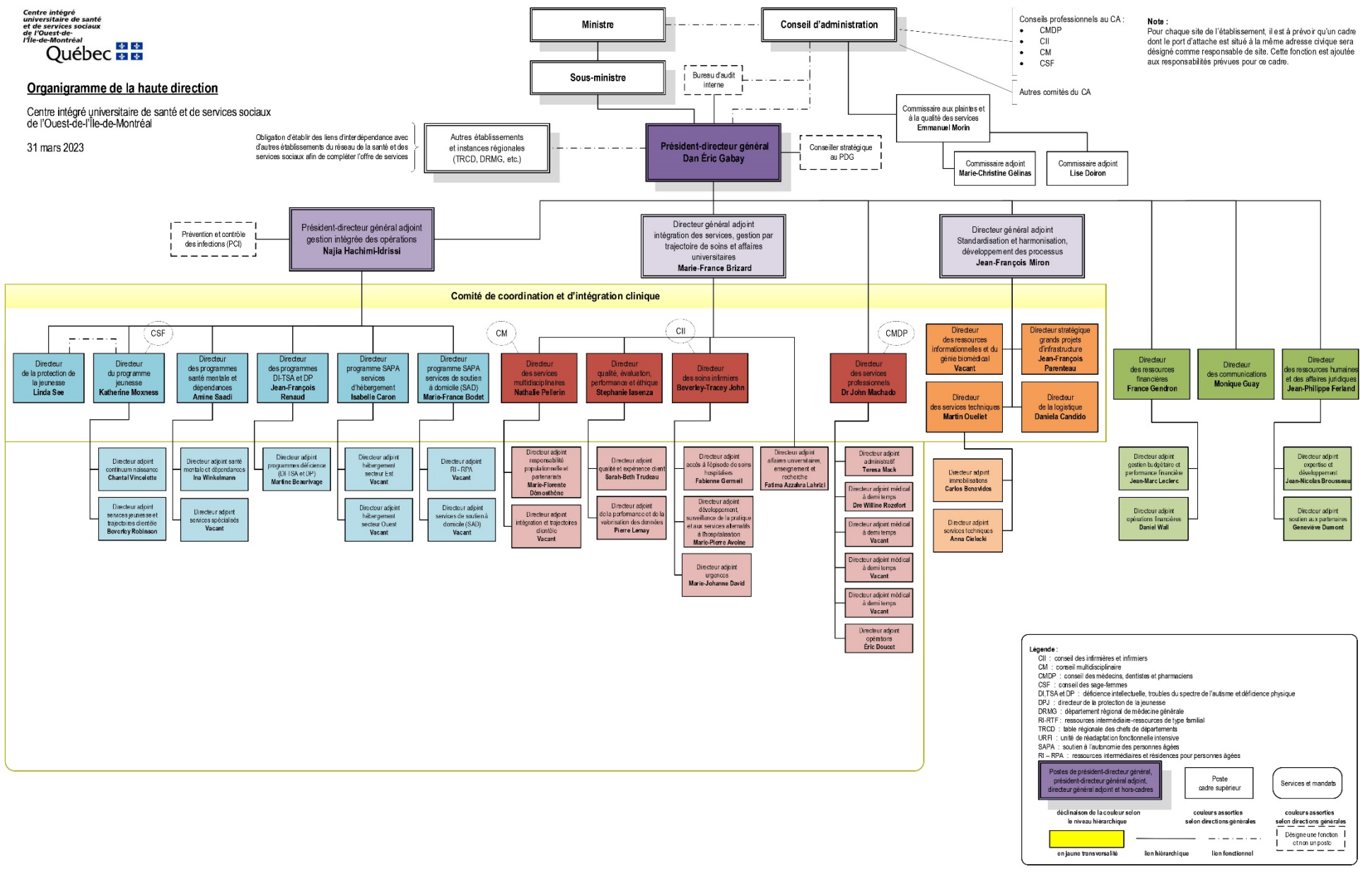


Organigramme de la haute direction

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

31 mars 2023

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



Note :
Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.

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

3.2.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

MEMBRES DÉSIGNÉS

- **Poste vacant**
Département régional de médecine générale (DRMG)
- **D^r Mathieu Walker**
Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- **M^{me} Nada Dabbagh**
Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- **M^{me} Nathalie Pineda**
Conseil des infirmières et infirmiers (CII) (en remplacement de M^{me} Maya Nassar)
- **M^{me} Marie-Julie Chartrand**
Conseil multidisciplinaire (CMULTI)
- **M^{me} Micheline Béland**
Comité des usagers (CU)

MEMBRES NOMMÉS

- **M. Dan Gabay, secrétaire**
Président-directeur général
- **D^{re} Shari Baum**
Universités affiliées
- **D^r Samuel Benaroya**
Universités affiliées

MEMBRES INDÉPENDANTS

- **M. Richard Legault, président**
Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
- **M^{me} Isabelle Brault, vice-présidente**
Compétence en gouvernance ou éthique
- **M. Allen Van der Wee**
Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
- **M. Paul Lohnes**
Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- **M^{me} France Desjardins**
Expertise dans les organismes communautaires
- **M^{me} Judy Martin**
Expertise en protection de la jeunesse
- **M. Gary Whittaker**
Expertise en réadaptation
- **M^{me} Caroline Storr-Ordolis**
Expertise en réadaptation
- **M. Alex Chayer**
Expertise en santé mentale
- **Poste vacant**
Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux

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

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

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

3.2.2 LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

COMITÉ DE GOUVERNANCE, ÉTHIQUE, RESSOURCES HUMAINES ET ADMINISTRATION

- **M^{me} France Desjardins, présidente**
- **M^{me} Isabelle Brault**
- **D^r Samuel Benaroya**
- **M^{me} Judy Martin**
- **M. Gary Whittaker**
- **M. Richard Legault**
Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**
Membre *ex officio* - Président-directeur général

COMITÉ DE VÉRIFICATION ET INFRASTRUCTURES

- **M. Gary Whittaker, président**
- **M. Alex Cayer**
- **M. Paul Lohnes**
- **M. Allen Van der Wee**
- **M^{me} France Desjardins**
- **M^{me} Lorna Cuthbertson-Tardif**
Membre observateur
- **M. Richard Legault**
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**
Membre *ex officio* - Président-directeur général

SOUS-COMITÉ DES INFRASTRUCTURES

- **M. Gary Whittaker, président**
- **M^{me} Lorna Cuthbertson-Tardif**
Membre observateur
- **M. Richard Legault**
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

- **M^{me} Judy Martin, présidente**
- **M^{me} Micheline Béland**
- **M^{me} Caroline Storr-Ordolis**
- **M. Emmanuel Morin**
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
- **M. Richard Legault**
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**
Président-directeur général

COMITÉ DE RÉVISION

- **M^{me} France Desjardins, présidente**
- **Dr Gary Inglis**
- **D^{re} Chryssi Paraskevopoulos**

COMITÉ D'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES

- **M^{me} Isabelle Brault, présidente**
- **D^r Samuel Benaroya**
- **M^{me} Micheline Béland**
- **M. Richard Legault**
Président du conseil d'administration

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES

- **D^r Samuel Benaroya, président**
- **M^{me} Nada Dabbagh**
- **D^{re} Shari Baum**
- **M^{me} Caroline Storr-Ordolis**
- **D^r Mathieu Walker**
- **M. Richard Legault**
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**
Membre *ex officio* - Président-directeur général

COMITÉ DES SOINS, SERVICES ET PARTENARIATS

- **M^{me} Isabelle Brault, coprésidente**
- **M^{me} Nada Dabbagh, coprésidente**
- **M^{me} Micheline Béland**
- **M^{me} Marie-Julie Chartrand**
- **M^{me} Judy Martin**
- **M^{me} Nathalie Pineda**
- **D^r Mathieu Walker**
- **M^{me} Marianne Ferraiuolo**
Membre observateur
- **M. Richard Legault**
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**
Membre *ex officio* - Président-directeur général

COMITÉ – COMMUNICATIONS

- **M. Allen Van der Wee, président**
- **M^{me} Isabelle Brault**
- **M^{me} France Desjardins**
- **M^{me} Nada Dabbagh**
- **M. Gary Whittaker**
- **M^{me} Susan McKercher**
Membre observateur
- **M. Richard Legault**
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**
Membre *ex officio* - Président-directeur général

COMITÉ DES USAGERS ET DES RÉSIDENTS

- **M^{me} Micheline Béland, présidente**
Présidente du comité des usagers Dorval-Lachine-LaSalle
- **M. John Brkich, trésorier**
Président du comité des résidents du Centre de soins prolongés Grace Dart
- **M. Abdelkarim Elgadi**
Président du comité des usagers de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
- **Vacant**
Membre du comité des usagers de l'Hôpital général du Lakeshore
- **M^{me} Johanne Comeau**
Présidente du comité des résidents du Centre d'hébergement Nazaire-Piché
- **M^{me} Hélène Duquet**
Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement de Lachine

- **M^{me} Jeanine Lemire**
Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement de Dorval
- **M. Claudel St-Pierre**
Président du comité des résidents du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger
- **M^{me} Diane Trempe**
Présidente du comité des usagers du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM)
- **M^{me} Sarah Jansen**
Président du comité des usagers de l'Hôpital Sainte-Anne
- **M^{me} Bonnie Cuthbert**
Présidente du comité des usagers de St. Mary

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

- **D^{re} Hélène Daniel, présidente**
- **M^{me} Hélène Paradis, 1^{re} vice-présidente comités**
Représentante du département de pharmacie
- **D^r Fadi Habbab, 2^e vice-président départements**
Représentant du Centre hospitalier de St. Mary
- **D^{re} Mathangi Ramani, trésorière**
Représentante de DLL (Dorval-Lachine-LaSalle)
- **D^{re} Liliane Fortier, secrétaire**
Représentante du volet CLSC
- **D^{re} Inès Tamokwé Mesouop**
Représentante du volet CHSLD
- **D^{re} Joan Mason**
Représentante de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
- **D^{re} Karen Dahan**
Représentante de DLL (Dorval-Lachine-LaSalle)
- **D^r Steven Herskovitz**
Représentant du Centre hospitalier de St. Mary
- **D^r Rickul Varshney**
Représentant de l'ODI (Ouest-de-l'Île)
- **D^r Achla Virmani**
Représentant de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
- **D^r Christian Zalai**
Représentant de l'ODI (Ouest-de-l'Île)
- **D^r Mathieu Walker**
Représentant des médecins spécialistes au CA
- **D^r John Machado**
Directeur des services professionnels
- **M. Dan Gabay**
Président-directeur général

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES SAGES-FEMMES

- **M^{me} Trista Leggett, présidente**
- **M^{me} Catherine Mason, vice-présidente**
- **M^{me} Magali Letarte, secrétaire par intérim**
- **M^{me} Karla Moran, administratrice**
- **M. Dan Gabay**
Président-directeur général

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES (CECII)

- **M^{me} Jennifer Marandola, présidente**
Direction des soins infirmiers
- **M^{me} Beverley-Tracey John, secrétaire**
Membre office - Directrice des soins infirmiers
- **M^{me} Majorie Blanchette, trésorière**
Coopté - Direction des services professionnels
- **M. Dan Gabay**
Membre office - Président-directeur général
- **M^{me} Diane Glavina**
Coopté - Direction de soutien (Direction des ressources humaines et des affaires juridiques)
- **M^{me} Gracia Kasoki Katahwa**
Direction des soins infirmiers
- **M. John William Kayser**
Coopté - Direction des soins infirmiers
- **M^{me} Nancy Lyons**
Direction du programme jeunesse
- **M^{me} Nathalie Pineda**
Direction des programmes de santé mentale et dépendances
- **M^{me} Oumeet Ravi**
Infirmière praticienne spécialisée
- **Vacant**
Direction SAPA
- **Vacant**
Direction du programme de la déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de la déficience physique
- **Vacant**
Infirmière auxiliaire
- **M^{me} Marie-Claude Goyer**
Infirmière désignée par le doyen ou directeur du programme universitaire de sciences infirmières

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

- **M. Sébastien Tremblay, président**
Éducateur spécialisé
- **M^{me} Shannon Conway, vice-présidente**
Travailleuse sociale
- **M. Jerry Belony, trésorier**
Éducateur spécialisé
- **D^r Simon Racicot, responsable des communications**
Psychologue
- **M. Michel De Oliveira**
Travailleur social et agent de planification, programmation et recherche (APPR)
- **M. Rigaud Saint-Amour**
Travailleur social
- **M^{me} Rachel Landry**
Physiothérapeute
- **M^{me} Flora Masella**
Récréologue
- **M^{me} Ouerdia Afgoun**
Hygiéniste dentaire
- **M^{me} Bertine Akouamba**
Agente de planification, programmation et de recherche (APPR)
- **M^{me} Isabelle Poirier**
Technicienne en administration
- **M^{me} Venise Calluzzo**
Adjointe à la directrice des services multidisciplinaires
- **M^{me} Nathalie Pellerin**
Directrice des services multidisciplinaires
- **M. Dan Gabay**
Président-directeur général

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

- **D^{re} Willine Rozefort, coprésidente**
Directrice des services professionnels
- **M^{me} Sarah-Beth Trudeau, coprésidente**
Directrice adjointe qualité, performance et expérience client (DQEPE)
- **M^{me} Franca Palucci, secrétaire**
Agente administrative à la DQEPE
- **M^{me} Martine Beaurivage**
Membre représentante de la DI-TSA-DP
Adjointe au directeur
- **M. Marc Boutin**
Membre représentant de la DPSMD
Adjoint au directeur
- **M^{me} Danielle Couderc**
Membre représentante de la DQEPE
Conseillère-cadre en gestion des risques
- **M^{me} Venise Calluzzo**
Membre représentante de la DSM
Adjointe à la directrice
- **M^{me} Nancy Lyons**
Membre représentante du CECII
Chef de service continuum naissance
- **M^{me} Chantal Manoukian**
Membre représentante du CMDP et de la DSP
Chef adjointe du département de pharmacie
- **D^{re} Katherine Moxness**
Membre représentante de la Direction du programme jeunesse
Directrice du programme jeunesse
- **M^{me} Merilyne Ng Ah Chey**
Membre représentante du Comité des usagers
Usagère-partenaire
- **M. Jérôme Ouellet**
Membre représentant de la DSI
Adjoint à la directrice des soins infirmiers
- **M^{me} Rachel Poyeau**
Membre représentante de la SAPA
Adjointe à la directrice
- **M^{me} Dorna Rahmani**
Membre représentante de la DQEPE
Chef de service en qualité, certification et gestion des risques
- **M^{me} Linda See**
Membre représentante de la DPJ
Directrice de la protection de la jeunesse

AUTRES COMITÉS ET INSTANCES CONSULTATIVES

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

3.3 LES FAITS SAILLANTS

PLUS POUR LE PERSONNEL

Zone leadership

La Zone Leadership a été lancée en septembre 2022 pour répondre à un besoin d'outiller les cadres dans leurs fonctions de gestion. Elle a pour mission d'offrir à l'ensemble du personnel d'encadrement un soutien et un accompagnement favorisant le développement de leurs compétences de gestion, en s'appuyant sur des approches variées, dynamiques et actuelles. Pour l'année 2022-2023, c'est 147 heures de coaching de gestion qui ont été réalisées avec des cadres. Depuis septembre 2022, la Zone Leadership a entrepris 19 activités de développement offertes représentant 80 heures de formations, 3 bulletins d'information diffusés auprès des cadres, 6 capsules vidéo diffusées portant sur les essentiels en gestion. Un microsite SharePoint a également été conçu en complément, afin d'y présenter les activités actuelles et à venir à l'intention des cadres.

Déploiement des doubles casiers à l'Hôpital général du Lakeshore (systèmes de rangement haute densité)

Depuis quelques années, le CIUSSS ODIM a renforcé sa stratégie de gestion et distribution des inventaires. En 2022, la direction logistique (DLog) a mis en place plusieurs projets d'optimisation des processus logistiques visant une meilleure gestion des flux des besoins cliniques.

Dans le cadre de cette initiative, l'installation de systèmes de rangement à haute densité (doubles casiers) a été réalisée dans les réserves de l'Hôpital de LaSalle. Le même projet est également en cours à l'Hôpital général du Lakeshore, où des doubles casiers sont déjà déployés dans 42 % des réserves.

Spécifiquement, l'installation de ces systèmes favorise l'optimisation de la distribution et le stockage des fournitures au sein des centres hospitaliers. En outre, ils permettent également de :

- Maximiser la disponibilité de produits critiques sur les unités;
- Harmoniser les processus de gestion de l'approvisionnement des réserves de fournitures médicales sur les unités de soins;
- Réduire le gaspillage avec un réapprovisionnement en juste à temps;
- Libérer les équipes cliniques des tâches non cliniques afin qu'elles puissent se consacrer plus à leur rôle primaire.

Nouvelle politique d'approvisionnement

En novembre 2022, le CIUSSS ODIM s'est doté d'une nouvelle politique d'approvisionnement. Suite à un processus consultatif auprès de différentes parties prenantes, elle a été présentée dans un format simple et allégé tout en respectant les lois et sans y être plus restrictive. La politique comporte plusieurs nouveautés : elle inclut les lignes de conduite, intègre des recommandations d'audits antérieurs, comporte une section spécifique pour le responsable de l'application des règles contractuelles (RARC) et les requérants. La matrice des rôles et des responsabilités ainsi que la mécanique d'approbation financière et contractuelle y ont été révisées. Elle comprend dorénavant une distinction claire entre les politiques et les procédures opérationnelles internes. Certains types de contrats dont les baux, ressources de type familial (RTF), et dons en nature des fondations y sont exclus.

La Direction logistique est responsable de l'application organisationnelle de la politique et est imputable de l'ensemble du processus de sollicitation des marchés et la conclusion des contrats prévus dans la LCOP (*Loi sur les contrats des organismes publics*). Cependant, le respect de la politique incombe à tous. Dans le but de faciliter son appropriation, un plan de déploiement progressif de la politique et des procédures qui en découlent est en cours. À cet effet, des sessions d'informations auxquelles plus de 460 personnes ont participé ont été réalisées. Les webinaires sont disponibles sur l'intranet pour future référence.

Par ailleurs, les services d'approvisionnement de la Direction logistique ont pris le virage d'une approche-conseil pour mieux guider et orienter les collaborateurs internes.

Approche des sciences infirmières et de santé fondées sur les forces

Entre 2020 et 2021, la Direction des soins infirmiers a adopté l'Approche des sciences infirmières et de santé fondées sur les forces (ASFF) en tant que philosophie pour le leadership infirmier, la formation clinique et les soins aux patients et est maintenant pleinement engagée dans sa mise en œuvre. Alors que le soutien clinique à l'intégration de l'ASFF dans le leadership infirmier et la formation clinique sont en bonne voie, sa mise en œuvre dans les soins aux patients est en cours de planification et son déploiement est prévu pour la fin de l'année.

Les points forts remarqués depuis l'adoption de l'approche sont les suivants :

- La mise à l'essai du Programme d'intégration professionnelle d'infirmières diplômées hors Canada (IDHC), inspiré par l'ASFF, grâce auquel quatre IDHC sont devenues candidates à la profession infirmière à la fin du programme;
- Le lancement du programme *Excellence for Clinical Education for Primary Care Nurse Practitioners*, en partenariat avec l'Ingram School of Nursing de l'Université McGill, afin d'améliorer l'expérience des étudiants au programme de *formation des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés* (IPS);
- La mise en œuvre des prix d'excellence en soins infirmiers inspirés par l'ASFF remis pendant la Semaine des soins infirmiers, durant laquelle six infirmières ont reçu des prix d'excellence;
- L'organisation de notre première réunion de planification stratégique inspirée par l'ASFF (Lac-à-l'épaule), au cours de laquelle toute l'équipe de gestion de la Direction des soins infirmiers s'est réunie en personne.

Un support informatique indéfectible

Une fois de plus cette année, les équipes de service à la clientèle du service informatique sont venues en aide à l'ensemble des employés du CIUSSS lorsque leurs outils technologiques ou leurs équipements médicaux ne voulaient plus collaborer. Que ce soit pour accompagner des cliniciens sur la route, des professionnels qui se déplacent sur l'ensemble des sites ou des infirmières œuvrant dans les diverses unités, c'est plus de **67 000 demandes de support qui ont été résolues avec professionnalisme**, par plus de 60 techniciens en services informatiques et génie biomédical.

Un CIUSSS qui rayonne

En plus de répondre à près de 700 demandes médias, l'équipe des relations médias du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a réalisé plusieurs initiatives proactives afin de faire rayonner l'établissement et ses artisans dans l'espace public. En voici quelques exemples :

Campus Beaconsfield

Portes ouvertes aux médias pour souligner l'ouverture du campus Beaconsfield des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw. Plusieurs médias, dont Global News, CTV, The Gazette et le Journal Métro ont pu visiter les lieux en primeur. [Reportage](#)



Santa Frank

Chaque année, Santa Frank offre des cadeaux à tous les jeunes sous la protection de la jeunesse et à leur fratrie. Ce sont des milliers de cadeaux qui sont distribués aux jeunes, leur permettant ainsi d'avoir un peu de magie durant cette période de réjouissance. [Global News a fait un reportage.](#)



Jour du Souvenir

Le 11 novembre est une journée de commémoration bien spéciale à l'Hôpital Sainte-Anne où les vétérans et les équipes se souviennent des sacrifices consentis par les héros de Guerre. En plus de couvrir la cérémonie du Souvenir, [La Presse a rencontré des vétérans de la Deuxième Guerre mondiale.](#)



Nouvelle unité de soins intensifs Lakeshore

En décembre, avant l'arrivée des patients, nous avons offert une visite exclusive de nouvelle unité de soins intensifs de l'Hôpital général du Lakeshore, aux représentants des médias.

CBC, Global News, West-Island News, The Gazette, et CTV étaient sur place pour couvrir cette belle nouvelle.

[Reportage CTV](#)



Projet pilote : Une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) à l'urgence du Lakeshore
Notre établissement est toujours à la recherche de solutions pour améliorer l'expérience-patient et la fluidité des services. Un projet pilote a été déployé à l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore où une IPSPL voit des patients qui n'ont pas besoin d'un suivi par un médecin. [TVA Nouvelles l'a rencontré.](#)



Un médecin dévoué

D^r Nathanson, co-chef de l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore, souhaite faire connaître les alternatives à l'urgence pour s'assurer que les patients reçoivent les bons soins au bon endroit. [Le Journal Métro l'a rencontré et a dressé un portrait intéressant de lui.](#)



Accueil clinique : Une solution pour désengorger l'urgence?

La Presse s'est entretenue avec l'infirmière Jessica Bisseil pour discuter de son rôle à l'accueil clinique de l'Hôpital général du Lakeshore. Elle évalue et réfère les patients vers les médecins spécialistes au besoin et fait des suivis pour éviter que ces patients ne se retrouvent à l'urgence. [Reportage](#)



PLUS DE DONNÉES

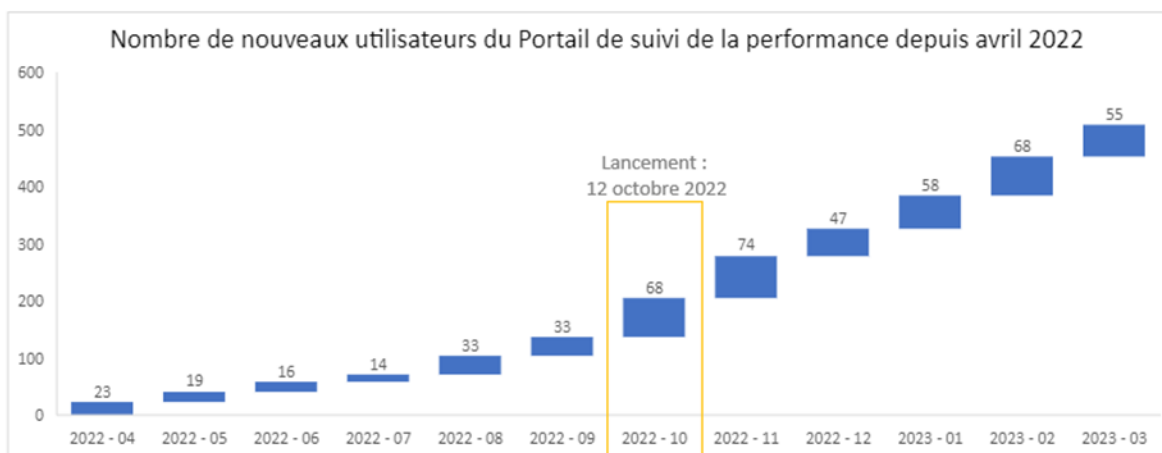
Refonte du Portail de suivi de la performance

En octobre 2022, une nouvelle version du Portail de suivi de la performance a été lancée avec succès. Le projet a débuté en 2021 par des entrevues avec des utilisateurs réguliers de l'ancienne version afin de comprendre et mesurer l'utilisation pour recommander des améliorations pertinentes pour élever l'expérience utilisateur.

À la suite de plusieurs mois de conceptualisation et de développement, une version de la plateforme a été lancée avec de nouvelles fonctionnalités et un design plus actuel.

L'outil de recherche de rapport par mot-clé permet maintenant aux utilisateurs de découvrir du contenu existant selon leur besoin en données et statistiques. Chaque utilisateur peut personnaliser sa liste de rapports favoris pour accéder plus rapidement au contenu qu'il consulte régulièrement. En plus des rapports et tableaux de bord, on trouve également de nouvelles sections informatives pour les utilisateurs qui souhaitent en connaître plus sur le suivi de la performance.

Dans les mois suivant le lancement de la nouvelle version du portail, le nombre de nouveaux utilisateurs mensuels a bondi de près 300 % comparativement à l'année précédente et de nouveaux utilisateurs ne cessent de découvrir et d'adopter le Portail de suivi de la performance depuis.



PLUS DE TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

Des avancées en génie biomédical centrées sur le patient

La qualité des soins prodigués à la clientèle est au cœur des préoccupations de l'organisation. L'objectif premier de l'équipe de projets du service de génie biomédical se concrétise par le déploiement d'équipements cliniques de pointe qui permettent d'assurer plus d'acuité et de fluidité dans le traitement des patients. Cette année, l'équipe a mené ou contribué à :

- L'acquisition de la technologie Thulium et l'amélioration de la qualité opératoire et de rétablissement des patients en chirurgie urologique à l'Hôpital général du Lakeshore (HGL);
- L'acquisition d'un appareil d'ultrason et l'amélioration de la précision des biopsies percutanées (glande thyroïde, mammaire, endorectale) aux soins ambulatoires de l'HGL;
- Le rehaussement des plateformes technologiques sans travaux majeurs et l'amélioration de la qualité du diagnostic aux services d'imagerie par résonnance magnétique de l'HGL et du Centre hospitalier de St. Mary (CHSM);
- Le remplacement des systèmes de vidéoscopie qui a contribué à l'amélioration de la qualité du diagnostic en gastroentérologie à l'Hôpital de LaSalle (HL).

Migration vers un nouveau site web

La publication du nouveau site web permet à notre établissement de bénéficier d'une meilleure accessibilité et visibilité de l'information. Grâce à la nouvelle coquille, il est maintenant possible d'accéder aux informations essentielles pour bénéficier de services de première ligne sur notre territoire : heures d'ouvertures, numéro de téléphone, adresse courriel et adresse civique.

Plusieurs chiffres nous permettent de définir les tendances d'utilisation de la plateforme par nos visiteurs. À cet effet, la fin de l'état d'urgence liée à pandémie et l'utilisation de Google Analytics 4 permettent de traiter différemment l'achalandage.

Au cours du dernier exercice financier, 1 375 563 pages y ont été consultées et en moyenne, 6 pages ont été consultées par visite. D'ailleurs, pas moins de 175 000 internautes se sont rendus sur le site pour y chercher les informations répondant à leurs besoins. De ces internautes, 56 % (98 000) nous ont trouvés par des moteurs de recherche et 17 % (29 750) d'entre eux nous ont trouvés en consultant directement certaines pages. Finalement, 52 % (91 232) des utilisateurs ont navigué sur notre site à partir de leur téléphone mobile, 46 % (40 467) à partir de leur ordinateur et 2 % (4 777) à partir de leur tablette intelligente.

Ajout de la reconnaissance vocale (Power Scribe) pour les rapports de radiologie

L'installation de *Power Scribe*, le logiciel de reconnaissance vocale, nous a permis d'éliminer les délais de transcription des rapports de radiologie à l'Hôpital général du Lakeshore et au Centre hospitalier de St. Mary. De plus, un logiciel a aussi été installé pour faxer automatiquement le rapport de radiologie aux cliniques et aux unités. Cette tâche était auparavant effectuée manuellement tous les matins, et prenait plusieurs heures. Le personnel soignant a dorénavant accès beaucoup plus rapidement au rapport de radiologie, ce qui accélère le diagnostic au bénéfice du patient, en plus d'améliorer la fluidité.

PLUS DE MODERNITÉ

Maison alternative Dorval

C'est dans le cadre d'une transformation majeure des milieux d'hébergement et de soins de longue durée au Québec que la Maison alternative Dorval verra le jour sur le territoire de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Cette maison répondra aux besoins en hébergement des personnes adultes de moins de 65 ans, ayant une déficience physique et/ou une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, et qui nécessitent des besoins importants en soins et en réadaptation.

Avec ses 72 places, la Maison alternative Dorval offrira aux personnes hébergées un milieu de vie à dimension humaine, constitué de six unités climatisées de 12 places chacune, et comportant des chambres individuelles avec toilette et douche adaptées.

Centré et adapté aux besoins individuels de chacun, ce nouveau type d'hébergement rappellera davantage un domicile et favorisera l'inclusion du résident, la réalisation de son projet de vie, sa participation sociale et communautaire de même que le maintien et le développement de ses capacités pour l'accomplissement des activités significatives.

Entamés depuis l'été 2022, les travaux de construction de la future installation sont prévus s'achever à l'hiver 2023-2024. La Maison alternative Dorval accueillera ses premiers résidents au printemps 2024.

Reconstruction de CHSLD vétustes selon le modèle Maison des aînés

La reconstruction de deux CHSLD vétustes sur le territoire de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal selon le modèle de maison des aînés (MDA) s'inscrit dans le cadre d'une démarche de transformation majeure des milieux d'hébergement et de soins de longue durée au Québec.

Le Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger et le Centre de soins prolongés Grace Dart sont les deux installations concernées par le projet en raison de l'état de vétusté avancée des infrastructures actuelles.

Une première installation de 192 lits sera construite à Pierrefonds-Roxboro/Dollard-des-Ormeaux et une seconde de 204 lits à Pointe-Claire. Les travaux de construction de la nouvelle installation à Pierrefonds-Roxboro/Dollard-des-Ormeaux sont prévus débuter à l'été 2023. Pour ce qui est de l'installation qui sera construite à Pointe-Claire, le projet en est à l'étape de l'élaboration des plans et devis.

À terme, la construction de ces deux nouvelles installations permettra d'intégrer un nouveau concept d'hébergement et de soins de longue durée ayant pour objectif de créer des milieux de vie qui se rapprochent le plus possible d'un domicile, au bénéfice des personnes hébergées et de leurs proches.

Transformation de l'unité de soins en oncologie du Centre hospitalier de St. Mary

Réalisé en différentes phases et sur plusieurs années en raison de la pandémie, le projet de rénovation de l'unité de soins en oncologie du Centre hospitalier de St. Mary a été achevé le 20 janvier 2023.

Les 22 anciennes chambres à occupation multiple ont été transformées en chambres individuelles climatisées, avec salle de bain, et sont maintenant suffisamment spacieuses pour permettre aux usagers de recevoir leurs proches en toute intimité. Ces chambres entièrement remeublées et embellies créent une atmosphère paisible, qui offre notamment aux usagers en fin de vie de vivre dignement leurs derniers moments dans un environnement serein, entourés des leurs. Le salon familial a également été rénové et agrandi pour offrir aux usagers et leur famille un espace chaleureux et accueillant.

Ces nouveaux espaces contribuent au respect rigoureux des normes de prévention et contrôle des infections. Il procure au personnel et aux médecins un environnement et des conditions de travail améliorés en plus de constituer un milieu d'apprentissage stimulant pour le développement des compétences et la rétention des talents.

Ce projet de transformation majeure de l'unité a été rendu possible grâce à la générosité de la Fondation de l'hôpital St. Mary.

PLUS POUR LES JEUNES

Groupe de travail sur le risque imminent à la protection de la jeunesse

La liste d'attente à l'évaluation des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse est au cœur des priorités du CIUSSS ODIM. Plusieurs stratégies ont été mises en place pour tenter de la réduire et venir en aide aux intervenants œuvrant quotidiennement avec des cas de crise. En dépit de ces efforts, en 2022, la situation demeurait très grave et requerrait une réponse organisationnelle concertée pour gérer le risque imminent à la sécurité des enfants en attente d'évaluation.

Pour répondre à ce besoin criant, les directeurs cliniques et administratifs concernés ont se sont unis dans la création d'un groupe de travail. Son mandat était de résoudre les enjeux découlant des stratégies proposées pour réduire la liste d'attente et d'augmenter les effectifs pouvant réaliser des évaluations.

Ensemble, ils ont démontré l'agilité et la flexibilité organisationnelles nécessaires pour dénouer les impasses et assurer la mise en œuvre immédiate des mesures exceptionnelles requises, afin de protéger les enfants les plus vulnérables. Depuis sa création en juillet 2022, la liste d'attente qui comptait alors 570 enfants en situation de danger ou d'abus, a été réduite de 230 cas et le nombre de professionnels disposés à intervenir a doublé. Chaque direction impliquée a contribué à sa façon à cette belle réussite qui prouve que la concertation reste la voie à privilégier en situation de crise.

Projet d'équivalence d'agent de relations humaines pour répondre à la liste d'attente urgence dans les services de protection de la jeunesse

En 2021, la crise de main d'œuvre engendrait des impacts majeurs sur les délais d'assignation à la DPJ. Seuls 12 des 35 postes d'intervention en travail social étaient pourvus et la liste d'attente grimpait à plus de 550 noms. Pour pallier l'insuffisance d'effectifs, les responsables du projet ont contacté l'OTSTCFQ pour lui demander son soutien pour embaucher 60 diplômés universitaires en sciences humaines, à titre d'agents de relations humaines (ARH).

Grâce au soutien du MSSS, des ordres et des directions locales, 24 ARH peuvent maintenant s'inscrire à leur ordre professionnel en tant que membres à part entière ou bénéficier d'un soutien pour obtenir l'équivalence requise à la poursuite de leurs activités académiques ou professionnelles. Ils peuvent également prendre en charge et soutenir les enfants et familles, sous la supervision d'un membre autorisé. Depuis mars 2023, la liste d'attente des services est réduite à une centaine de cas et on estime que les ARH seront en mesure d'évaluer 400 à 500 cas de protection de la jeunesse en cours d'année.

Le succès et la viabilité du projet sont attribués aux facteurs suivants :

- Le processus d'équivalence qui respecte les intérêts des clients et les normes des ordres professionnels;
- La présentation d'opportunités d'avancement à titre de stratégie de rétention;
- La participation des universités et ordres professionnels ciblés;
- L'équilibre trouvé entre le soutien du MSSS pour accélérer le déploiement de ce projet et la prévention de l'épuisement des candidats;
- Le leadership, le souci du détail et la prise en compte des besoins humains;
- La planification efficace et méthodique du projet, assurant sa transférabilité et reproduction.

Dépistage universel - Programme pour les nouveau-nés prévention de la surdité et ABCdaire 18 mois (Agir tôt)

Le CIUSSS ODIM a entamé l'implémentation de deux programmes de dépistage systématique auprès des jeunes enfants en 2022.

Le programme Agir tôt est une priorité ministérielle qui vise à rejoindre les enfants de 0 à 5 ans qui présentent ou qui sont à risque de présenter des difficultés, des retards de développement ou des troubles neurodéveloppementaux. Depuis son déploiement au printemps 2022, les équipes de petite enfance utilisent l'outil intégré ABCdaire pour offrir un dépistage complet lors de la vaccination à 18 mois. Cet outil permet de d'identifier le niveau de vulnérabilité de l'enfant dans un domaine de développement (santé physique, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier ou habiletés de communication).

Le Programme québécois de dépistage de surdité chez les nouveau-nés (PQDSN) vise quant à lui à détecter la surdité néonatale qui touche entre quatre et six nouveau-nés sur mille. La période de privation sensorielle associée à la surdité entrave ou empêche la stimulation auditive et altère le cours du développement langagier, cognitif et social. Son déploiement progressif a débuté auprès des nouveau-nés à l'Unité familiale des naissances de l'Hôpital de LaSalle, puis suivra son cours à l'Hôpital général du Lakeshore ainsi qu'au centre hospitalier de St. Mary. Subséquemment, l'équipe offrira le service aux bébés nés par les équipes sages-femmes des CLSC du Lac-Saint-Louis et de Pointe-Saint-Charles. Peu importe si l'accouchement a lieu à domicile, en centre hospitalier ou à la maison de naissance, les familles pourront se présenter à l'un de nos centres accoucheurs pour bénéficier du service de dépistage.

Rehaussement de l'offre de service; des services mieux adaptés pour les jeunes autochtones

Au sein du CIUSSS ODIM, la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et la Direction du programme jeunesse (PJ) se partagent le mandat suprarégional d'offrir des services aux jeunes usagers anglophones en besoin de placement et à leurs familles dans les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Centres Batshaw). Entre 20 et 40 % des jeunes usagers placés dans les installations des Centres Batshaw provenant de l'extérieur de Montréal sont issus des communautés autochtones.

Parmi les défis engendrés par leur prise en charge, l'éloignement physique, l'interruption dans la transmission des traditions et le manque de liens avec la communauté constituaient des difficultés importantes à l'égard de la pérennité des valeurs et croyances chez les jeunes autochtones. Pour répondre à cet enjeu, un groupe de soutien aux filles inuites âgées de 12 à 17 ans recevant les services en réadaptation du Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) été créé, en collaboration avec l' AISQ, une association menée par des femmes inuites venant en aide aux filles et femmes inuites de Montréal.

Ce groupe, animé en Inuktitut par un conseiller issu de leur communauté, offre la possibilité aux adolescentes hébergées de se réunir et d'échanger sur leurs expériences dans la prestation des soins qu'elles reçoivent. Ces rencontres facilitent également la tenue de différentes activités autochtones tels le repas traditionnel, le partage d'histoires, ainsi que la réalisation d'activités artistiques et artisanales. Le groupe, fortement apprécié par ses participantes, poursuivra ses activités pour la période de 2023-2024.

Développement de la trajectoire de services jeunes en difficultés et application des mesures

L'ouverture de la Porte bleue, le guichet d'accès unique destiné aux référents internes et externes d'usagers de services jeunesse du CIUSSS ODIM, fait partie des nombreuses actions ayant été mises en œuvre par la Direction du programme jeunesse pour consolider des trajectoires de services distinctes, assurer une priorisation des dossiers DPJ et favoriser la prise en charge optimale des familles.

En tant que point d'ancrage entre les référents, les partenaires et les services en CLSC, la Porte bleue veille à soutenir et faciliter le contact initial, ainsi que le processus de référence. En 2022, l'équipe de la Porte bleue a traité plus de 2700 demandes de services. En service Jeunes en difficulté (JED), c'est plus de 89 références provenant des Centres Batshaw et du Centre Jeunesse de Montréal, qui ont été accélérées grâce à l'implémentation de la Porte bleue. Parmi celles-ci, 37 familles ont bénéficié de la trajectoire de priorisation en moins de 30 jours, dans un délai moyen de 26.3 jours. Pour l'année 2022-2023, le service JED a obtenu un taux de conformité de 82.8 %.

Développement de deux groupes d'intégration clinique : pour la communauté noire et pour les victimes de la violence conjugale

Groupe d'intégration clinique (GIC) à l'égard de la communauté noire

Suite au meurtre de George Floyd et afin de répondre au besoin important d'offrir des services pertinents à la clientèle issue des communautés noires prépondérantes dans nos services jeunesse, la Direction du programme Jeunesse et la Direction de la protection de la jeunesse ont mis sur pied un groupe d'intégration clinique, en septembre 2022. Ce groupe est composé de membres du personnel des Centres Batshaw, de la première ligne du CIUSSS ODIM, des ressources communautaires et de la communauté académique. Tous sont issus des communautés noires et touchés par la réalité culturelle qui affectent leurs usagers. Le groupe est présidé par M^{me} Tanya Johnson et coprésidé par M^{mes} Kerry-Ann Carty et Sarah-Jane Martin.

Au cours des cinq rencontres tenues en dernière année, les membres ont travaillé en sous-groupe sur l'élaboration d'un guide de pratique clinique et d'un guide de ressources et d'initiatives communautaires dans le but d'aiguiller le personnel et les professionnels dans leur travail. Actif dans la recherche de solutions, le GIC a offert son savoir à des équipes afin de discuter de cas cliniques, développé un sondage d'analyse des besoins en matière de compétences culturelles et émis des recommandations de politiques et procédures. Finalement, un projet de recherche a également été mis en branle afin d'évaluer son succès dans une perspective d'amélioration continue.

Groupe d'intégration clinique (GIC) stratégique - violence conjugale

En raison des standards provinciaux d'intégration des services en matière de violence sexuelle et de violence conjugale, ainsi que des changements apportés à la Loi sur la protection de la jeunesse à cet effet, il était essentiel de créer un groupe stratégique d'intégration clinique dédié à la violence conjugale au CIUSSS ODIM.

Le GIC stratégique - violence conjugale a été créé afin de :

- Partager un portrait réel des trajectoires et des offres de service en place;
- Présenter l'expertise et les meilleures pratiques de la DPJ aux autres directions;
- Offrir des formations sur la **violence conjugale** aux intervenants de différents services;
- Clarifier l'offre de service en matière de violence;
- Sensibiliser les intervenants des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et du programme Olo, sur la violence conjugale.

Plusieurs mécanismes de collecte de données sont en cours d'élaboration afin de colliger le nombre de formations déployées, le nombre de formations à compléter et le nombre de clients en situation de violence conjugale nécessitant un soutien. L'équipe déploiera également un plan d'action afin d'améliorer l'offre de service.

MISSION U

Stages et mission académique

Après deux années de pandémie, la Direction des affaires universitaires, enseignement et recherche (DAUER) a relancé les travaux du Comité tactique à l'enseignement l'automne 2022. Regroupant des gestionnaires de l'ensemble des directions cliniques et administratives, le comité s'est donné comme objectif la formulation des orientations de l'établissement en matière d'attraction des stagiaires, de rétention des superviseurs, d'indicateurs de performance et d'une utilisation optimale des revenus de stages. Le comité tactique à l'enseignement a aussi géré l'enveloppe ministérielle en lien avec l'Opération main-d'œuvre pour soutenir la mission académique de l'établissement. D'un montant de 231 000 \$, cette enveloppe a profité à plusieurs directions pour soutenir l'accroissement des stages et le soutien à la supervision de stages.

L'équipe de l'enseignement universitaire et médical a œuvré fortement dans la révision de plusieurs processus, ainsi que dans la mise en place d'espaces dédiés à l'enseignement médical. Ces actions contribueront à améliorer l'environnement d'apprentissage et l'implantation d'un programme de reconnaissance des superviseurs de stages au niveau universitaire. De plus, l'équipe a lancé des travaux d'évaluation de la satisfaction des stagiaires et a participé à l'élaboration d'une stratégie de rétention des stagiaires, en collaboration avec la Direction des ressources humaines et affaires juridiques (DRHAJ).

L'enseignement en chiffres :

	2021-2022	2022-2023
Nombre de stagiaires universitaires	650	606
Nombre de résidents et <i>Fellows</i>	954	874
Nombre d'étudiants en médecine	503	627
Nombre de stagiaires non universitaires	2019	2677
Nombre de superviseurs de stages non universitaires	83	95
Nombre de superviseurs de stages universitaires	318	381

Le Centre de recherche Douglas, un centre du Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS)

2022-2023 en chiffres

Nos chercheurs

- 68 chercheurs réguliers, dont 3 nouveaux chercheurs
- 6 chaires de recherche du Canada
- 1 chaire nommée et 1 des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
- 3 professeurs distingués
- 22 chercheurs boursiers FRQS

Nos étudiants

- 275 étudiants, dont 44 boursiers

Subventions

- >11,4M\$ en nouvelles subventions
- >10M\$ en dons privés

Publications

- 472 articles revus par les pairs

Rayonnement du Douglas

- Accueil de M^{me} Elisabeth Brière, secrétaire parlementaire pour souligner **la recherche innovante** en santé mentale au Douglas.
- Un don majeur de la Fondation familiale Irving Ludmer soutient **la recherche sur les cellules uniques dans le cerveau** – le Douglas touchera un tiers de ce don de 15,3M\$
- Investissement dans le programme TREMP-LIN-McGill pour **le développement professionnalisant des étudiants et stagiaires de recherche**
- Soutien de la mobilisation des connaissances en santé mentale sous toutes ses formes (balado *Sors de ma tête*, vulgarisation scientifique, concours SciencePop)

De nombreuses reconnaissances, dont...

- **D^{re} Patricia Pelufo Silveira** - membre de la Société royale canadienne
- **D^{re} Myra Piat** - Championne de la santé mentale
- **D^r Vincent Paquin** (Geoffroy, Shah) - Prix Relève étoile du FRQS
- **D^r Martin Lepage** - Prix professionnel de l'Ordre des psychologues du Québec
- **D^{re} Marie-Claude Geoffroy** - Prix de la directrice de McGill pour les chercheurs émergents exceptionnels
- **D^r Salah El Mestikawy** – En vedette sur l'émission Découverte

Centre de recherche de St-Mary

En 2022, le Centre de recherche de St-Mary (CRSM) a poursuivi ses efforts en vue de satisfaire aux exigences de désignation du Fonds de recherche du Québec (FRQ). Un exercice de planification stratégique a été lancé pour définir la voie à suivre en matière d'excellence académique et de progrès scientifique. Les aires de recherche de grande importance identifiées comme pertinentes pour St-Mary comprennent les soins primaires et communautaires, les soins aux personnes âgées, le continuum des soins du cancer, les sciences chirurgicales et les essais cliniques.

Conformément aux exigences ministérielles et à la suite d'un exercice de benchmarking, le CRSM a établi un processus de nomination de scientifiques, qui clarifie les catégories de membres, avec des responsabilités et des privilèges pour les chercheurs. Notre effectif actuel comprend **6 scientifiques et 23 cliniciens-scientifiques**.

Afin d'atteindre l'excellence organisationnelle, l'équipe de gestion a été entièrement consolidée et se compose de Christina Raneburger (Directrice Adjointe), Jean-Daniel Beauchesne (Gestionnaire principal) et Marc-André-Bélisle (Agent de gestion documentaire).

En outre, le CRSM s'est engagé auprès de la communauté clinique en soutenant des chercheurs en médecine familiale et en orthopédie par le biais du Fonds C.A.R.E. et des cancérologues par le biais de la Bourse de développement en oncologie. Dans l'ensemble, les chercheurs du CRSM ont produit **36 publications scientifiques**, présenté **68 résumés oraux ou affiches**, organisé **22 événements de transfert de connaissances** et mené **28 essais cliniques en 2022**.

Les efforts du CRSM pour obtenir une reconnaissance officielle et pour donner la priorité à l'excellence scientifique démontrent l'engagement du centre à faire progresser les connaissances dans le domaine de la recherche centrée sur le patient et à diffuser les résultats pour en faire bénéficier la communauté au sens large.

PLUS D'INNOVATION

Encadrement et soutien à la recherche

En 2022, le service d'encadrement et de soutien à la recherche (USER) a implanté et mis à jour la plateforme de gestion des projets de recherche Nagano. Une formation y a été diffusée pour les utilisateurs, tels que les membres du comité d'éthique de la recherche, les chercheurs et les étudiants.

De plus, plusieurs documents ont été adoptés dans le cadre de la mise en place du cadre réglementaire de la recherche. Ils se rapportent à la gestion des contrats de recherche ; à l'octroi des privilèges de recherche ou de statut de chercheur ; à la gestion des conflits d'intérêts financiers pour les projets subventionnés par les organismes fédéraux américains, ainsi qu'à la révision de la Politique de conduite responsable en recherche.

L'encadrement et le soutien à la recherche en chiffres :

- 60 projets approuvés par notre comité d'éthique de la recherche;
- 97 projets autorisés par notre personne mandatée (incluant des projets approuvés par l'éthique et projets provenant de l'extérieur);
- 449 projets en cours dans notre établissement, en date du 31 mars 2023.

Transfert des connaissances et innovation

Au cours de l'année 2022-2023, le service de transfert des connaissances a entrepris plus de 35 projets, en collaboration avec six directions et deux centres de recherche. Notamment, l'équipe a contribué à :

- L'élaboration d'une formation portant sur le Guide d'intervention et de collaboration entre la mission des centres jeunesse et la mission de 1^{re} ligne des CIUSSS de Montréal.
- La réalisation d'un rapport de recommandations visant à proposer des solutions à la rétention des infirmières en PCI.
- Soutien au Centre collaborateur OMS-OPS (Organisation mondiale de la santé – Organisation panaméricaine de la santé) en santé mentale dans le développement de matériel d'enseignement et de sensibilisation destiné à la région des Caraïbes.
- La mise en œuvre de trois webinaires en innovation sociale, organisés au début de l'année 2023.
- La diffusion d'une formation sur l'approche interculturelle. Amorcée au printemps 2022, la DAUER a formé plus de 220 gestionnaires du CIUSSS durant l'année.

Du côté de l'innovation, plusieurs réalisations sont à souligner, dont notamment le dépôt d'un important rapport de consultation proposant plusieurs recommandations pour le développement de la télésanté, l'approbation de la politique de télésanté et l'évaluation de la norme télésanté par Agrément Canada, au début de l'année 2023.

Autres réalisations en lien avec les services documentaires :

- Achat de 225 livres électroniques de 3 éditeurs (ProQuest, Ebsco et Ovid). Ces livres sont accessibles via le catalogue de la bibliothèque à l'adresse : <https://ciusss-odim.inlibro.net/>
- Augmentation progressive et constante du nombre de visiteurs dans nos quatre sites par rapport à l'année précédente (2021-2022) : environ 26 %, surtout depuis que les réunions de plus de 6 personnes sont permises.

Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux

En 2022, l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) a livré plusieurs réponses rapides, dont :

- L'évaluation de plusieurs articles scientifiques dans les maladies pulmonaires.
- Les pratiques de soutien à l'hébergement et à l'intégration sociale de jeunes hommes âgés de 18 à 25 ans à la suite d'un placement en protection de la jeunesse.
- Les meilleures pratiques de rétention des employés du domaine de la santé et les services sociaux.

L'unité a également offert plusieurs conférences au cours de l'été 2022, sur différents thèmes en lien avec l'ETMISSS. Les membres ont également présenté les résultats de quatre projets, sous forme d'affiches, au cours de la Journée nationale en transfert des connaissances : COVID-19 et trouble du stress post-traumatique chez les travailleurs de la santé; télésanté en temps de COVID-19; autosoins, et kétamine.

Une contribution importante en santé mentale

De plus, faisant suite au premier rapport sur la définition du concept des autosoins en santé mentale, l'unité a publié un second rapport qui identifie les modèles d'autosoins démontrés ou potentiellement efficaces, sécuritaires et éthiques.

L'UETMISSS a également assuré une collaboration étroite avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale dans l'adaptation du Guide sur les troubles post-traumatiques du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dans le cadre du déploiement du Programme québécois des troubles mentaux

Virage vert dans les services alimentaires

Cette année, le secteur des services alimentaires a choisi d'adopter un comportement écoresponsable. Voici quelques bons coups reflétant ce virage vert :

- Transition des contenants de plastique jetables vers des verres et couvercles réutilisables pour la distribution de jus individuels et liquides épaissis.
- Remplacement des contenants et des couvercles à usage unique par des contenants et couvercles réutilisables pour tous les desserts.
- Retrait transitoire de la vaisselle de plastique pour favoriser la vaisselle lavable.
- Transition permet de diminuer l'impact environnemental en retirant l'utilisation du plastique versus la vaisselle lavable possédant une empreinte écologique plus faible.
- Intégration des aliments du Québec et obtention de la reconnaissance « Aliments du Québec » au menu des trois centres hospitaliers, ainsi qu'à celui du CHSLD Denis Benjamin Viger.
- Suite à l'interdiction par les instances provinciales et fédérales d'utiliser des articles en plastique à usage unique, les services alimentaires ont entamé une démarche pour trouver des substituts et des produits conformes. Suite à la vérification du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, tous les points de vente du CIUSSS-ODIM sont maintenant adéquats.

Projet de recyclage en salle d'opération

L'équipe du bloc opératoire du Centre hospitalier de St Mary (CHSM) a lancé une démarche de réduction de son empreinte carbone. En effet, cette équipe effectue dorénavant un meilleur suivi des émissions de gaz anesthésiants qui sont extrêmement polluants. De plus, les anesthésistes ont adopté de nouvelles pratiques.

L'élargissement de cette démarche auprès des autres équipes a permis de mettre en place un système ergonomique de gestion des déchets, compte tenu de l'énorme quantité de rebuts produits par l'utilisation des ustensiles stériles. Il a aussi permis de déployer d'autres solutions innovantes. Il s'agit, entre autres, d'un recyclage des déchets, d'une réduction de l'usage unique de certains produits et d'une révision des méthodes de travail pour réduire les déchets inutiles.

Cette réalisation unique et constructive se poursuit avec une mobilisation de tous les autres professionnels de l'hôpital. Elle a entraîné une réduction draconienne de l'ordre de 97 % des émissions de gaz à effet de serre directs, comme les gaz anesthésiants, entre 2017 et 2021. Elle engendre aussi une réduction nette des déchets à destination de l'enfouissement ainsi que des effets économiques positifs liés, entre autres, à la réutilisation des emballages et à la réduction annuelle d'environ 32 000 \$ dans l'utilisation en gaz.

PLUS D'ACCESSIBILITÉ

Projet corridor Nord-Sud - déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de la déficience physique (DI-TSA-DP)

L'année écoulée a marqué le début d'un partenariat entre le CIUSSS ODIM et la Régie nationale de la santé et des services sociaux du Nunavut, ainsi que le lancement officiel de l'initiative Corridor Nord-Sud DI-TSA-DP.

Deux ressources intermédiaires résidentielles ont ouvert leurs maisons et leurs cœurs pour accueillir des personnes autochtones des régions du Nunavik vivant avec une déficience intellectuelle et/ou des troubles du spectre de l'autisme. L'une de ces ressources est spécialisée dans l'hébergement des enfants et l'autre, des adultes. Elles offrent toutes deux des services de réadaptation axés sur la réintégration des personnes hébergées dans leurs communautés. Certains responsables et employés qui y travaillent possèdent eux-mêmes des liens culturels ou ont travaillé auprès de la clientèle autochtone dans la région du Nord. L'ensemble du personnel sur place a été sensibilisé et formé afin d'adapter son intervention au besoin des résidents et a pu bénéficier du soutien d'organismes communautaires œuvrant auprès de la clientèle.

Lorsque l'on entre dans les ressources, on peut entendre les résidents et le personnel s'exprimer dans leur langue, les voir partager des repas traditionnels et participer à des activités nordiques.

Cette initiative a donné le coup d'envoi officiel au partenariat visant à instaurer une liaison Nord-Sud fluide, en mettant l'accent sur la sécurité culturelle et le maintien des liens avec la culture, la langue, la région et, dans la mesure du possible, la famille et les proches. D'autres projets découlant de ce partenariat fructueux sont également en cours de déploiement.

Adoption d'une politique sur l'équité, la diversité, l'inclusion et la sécurisation culturelle

En novembre 2022, le CIUSSS ODIM a vu l'adoption d'une politique organisationnelle sur l'équité, la diversité, l'inclusion et la sécurité culturelle. En effet, notre CIUSSS a notamment une grande diversité au sein de son personnel et de ses populations (70 langues parlées), est un territoire d'accueil pour immigrants, et une desserte significative des communautés autochtones dans plusieurs de ses programmes.

Qu'est-ce que ceci signifie pour nos usagers?

Cette politique souligne les attentes de l'organisation envers toute personne contribuant à notre mission, et nomme clairement l'importance « d'améliorer l'accessibilité, la qualité ainsi que la sécurité des soins de santé et services sociaux envers les diverses clientèles. »

Afin de bien saisir les besoins de la clientèle desservie, des représentants du réseau communautaire et des partenaires autochtones participent activement au sein de notre comité stratégique sur l'équité, la diversité et la sécurisation culturelle. Ces partenaires sont essentiels pour nous guider vers une amélioration continue de l'adaptation de nos soins et services. De plus, la sensibilisation et la formation de la communauté interne aux enjeux de la diversité demeurent des priorités et des activités sont déjà en cours, dont une formation sur l'approche interculturelle à l'intention de tous les gestionnaires du CIUSSS ODIM.

Plasma à domicile, une première au Canada

Un jeune enfant nécessitant des transfusions de plasma sanguin devait se rendre au Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, à raison de trois fois par semaine, afin d'y recevoir ses traitements. Afin de soulager les lourds

inconvénients vécus par sa famille, les équipes du Service de soutien à domicile du CLSC de Pierrefonds ont pris les mesures nécessaires pour offrir les mêmes soins à la maison de l'enfant, une première au Canada!

Quatre infirmières cliniciennes ont été spécialement formées pour effectuer les transfusions, de façon sécuritaire dans le confort du foyer de l'enfant. Les traitements offerts se poursuivront tant et aussi longtemps que la condition de l'enfant le nécessitera.

« Nous avons vu dans ce cas une opportunité de soulager concrètement cette famille. En conjuguant nos efforts à ceux déployés par les équipes des laboratoires, les infirmières, les médecins, le personnel de la Direction de la logistique et de la Direction des services professionnels, nous pouvons réaliser de grandes choses au bénéfice des usagers de notre établissement » - Mathieu Brodeur, directeur adjoint à la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées – Soutien à domicile.

Une infirmière praticienne spécialisée à l'urgence

L'intégration d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de 1^{re} ligne (IPSPL) à l'équipe de l'urgence de l'HGL au cours de la dernière année a permis d'améliorer la fluidité des clientèles. Elle travaille en partenariat et en interdisciplinarité avec les médecins, ainsi qu'avec l'ensemble des autres membres de l'équipe soignante.

À l'urgence, l'IPSPL effectue l'évaluation des patients (souvent de priorité 4 ou 5) présentant des problèmes de santé, mais ne nécessitant pas la consultation d'un médecin. Elle participe également à la réévaluation de certains patients de priorité 3, en partenariat avec les médecins. Elle voit aussi une partie de la clientèle à la clinique d'accès rapide, et contribue ainsi à diminuer l'engorgement des urgences. Pendant un quart de travail, l'IPSPL peut prendre en charge environ 11 patients et contribuer à l'évaluation d'environ 15 autres, selon la complexité des cas.

PLUS POUR NOS ÂÎNÉS ET PERSONNES VULNÉRABLES

Amélioration de la qualité de l'air et de l'offre de climatisation

Un environnement intérieur sain est un environnement qui contribue à la productivité, au confort et à un sentiment de santé et de bien-être. La qualité de l'air intérieur est donc une question importante en matière de santé et sécurité dans l'ensemble des installations du CIUSSS ODIM.

Voici plusieurs actions réalisées par le service des installations matérielles afin d'améliorer la qualité de l'air, au cours des derniers mois :

- Ajout d'un système de ventilation au CHSLD de LaSalle afin d'y assurer une meilleure circulation de l'air;
- Remplacement de plusieurs équipements de climatisation sur différents sites;
- Remplacement des filtres MERV 8 avec des filtres MERV 13 afin d'améliorer la qualité de la filtration de l'air dans les CHSLD;
- Audit annuel de la qualité de l'air par une firme externe (CHSLD & hôpitaux);
- Ajout d'équipement de climatisation (en location) à chaque été, pour tous les corridors des CHSLD & à l'Hôpital général du Lakeshore.

Dans la foulée des efforts en cours, le service voit également à un projet de rehaussement de la capacité électrique, ainsi qu'à l'installation permanente de climatisation en CHSLD.

Programme d'employabilité -développement des activités Socio-Pro (catégorie personnalisation des soins)

La Stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées 2019-2024, ainsi que les autres mesures qui s'y rattachent, sont venues réaffirmer la volonté de la direction DI-TSA-DP d'aller plus loin dans le développement de son offre de services professionnels. Afin de faciliter l'intégration en emploi de la clientèle, la trajectoire d'employabilité a été bonifiée et de nouveaux partenariats stratégiques ont été solidifiés avec des employeurs potentiels. Au cours de la dernière année, la direction a observé une augmentation de 150 % au taux des usagers ayant intégré un emploi rémunéré.

En tant que services novateurs et de proximité, les services socioprofessionnels offerts à la clientèle ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme jouent un rôle de premier plan au sein du CIUSSS ODIM. La direction DI-TSA-DP offre des soins spécialisés et personnalisés à plus de 800 personnes.

Une offre de services améliorée aux personnes atteintes de démence

Au printemps 2021, le secteur de la psychogériatrie a été transféré de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) vers la Direction du programme de santé mentale et dépendances. Ce transfert comporte toutefois une exception : l'équipe ambulatoire des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) demeure sous l'égide de la DSAPA.

Dans un objectif de rehausser l'offre de l'équipe ambulatoire SCPD, une étudiante à la maîtrise a reçu le mandat de procéder à une analyse des actions qui sont mises de l'avant, en la matière, dans d'autres organisations, en plus de mener des entrevues avec des intervenants de cette équipe, mais également d'autres secteurs. Son travail a permis d'identifier des stratégies qui visaient la révision de l'organisation des services, et la prestation de ceux-ci de façon plus efficiente et en réponse directe aux besoins des différents secteurs.

Ce faisant, l'accompagnement des intervenants cliniques qui visitent divers milieux de vie où résident des personnes atteintes de démence (domicile, ressource intermédiaire et résidence privée pour aînés) s'en trouve bonifié. Il en résulte une meilleure réponse aux besoins de ces personnes, tout comme un soutien accru aux personnes proches aidantes.

Enfin, un arrimage plus étroit entre l'équipe SCPD et la Clinique de gériatrie ambulatoire de l'Hôpital Sainte-Anne est maintenant en place, et deux membres ont été ajoutés à l'équipe SCPD.

Attente d'un nouveau milieu de vie : Chez soi, le premier choix!

Dans le cadre de l'orientation ministérielle touchant la Déclaration d'hébergement à domicile, la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet Soutien à domicile (SAD) – déploie un plan d'action visant à réduire le nombre de personnes hospitalisées dans des lits de courte durée, en attente d'un nouveau milieu de vie. Au nombre des objectifs poursuivis : diminution du volume de déclarations des niveaux de soins alternatifs et augmentation du nombre d'usagers en attente d'hébergement de longue durée à partir de leur domicile.

Pour y arriver, les équipes du SAD multiplient les initiatives afin de changer la culture relative à l'hébergement, et ce, autant auprès notamment des membres du personnel, des usagers, des personnes proches aidantes, des familles que des organismes communautaires. Parmi les initiatives mises de l'avant : établissement du profil et de la trajectoire des usagers nécessitant un hébergement, identification des enjeux et des besoins, affectation des ressources nécessaires, identification de solutions rapides et soutien aux personnes proches aidantes.

Enfin, une stratégie de communication met en lumière la capacité des équipes du SAD à adopter des mesures d'exception et d'intensification, temporairement, pour assurer une attente sécuritaire à partir du domicile.

PLUS POUR LA SANTÉ MENTALE

La détection de la détresse avec e-IMPAQc, un projet de recherche dans les cliniques d'oncologie à HGL

E-IMPAQc est un projet d'implantation et d'évaluation pour l'utilisation d'une plateforme informatique visant l'interprétation des résultats rapportés par les patients et les proches aidants tout au long de la trajectoire de soins des patients atteints de cancer au Québec.

Le projet encourage un changement de la pratique à grande échelle afin de standardiser les outils et services quant à la surveillance des symptômes de cancer. Il favorise également l'optimisation de processus de soins intégrés, ainsi que la mise à contribution d'un large éventail de disciplines.

Suite à son implantation au Centre hospitalier de St. Mary, le périmètre du projet a également été élargi à tous les patients de cancérologie. À l'Hôpital général du Lakeshore, le projet a été implanté au printemps 2023. Nous assurerons sa continuité et sa pérennisation au courant des années à venir.

Carrefour santé mentale

Du 19 au 27 octobre 2022, la Direction des programmes santé mentale et dépendances (DPSMD) a tenu sa première édition du Carrefour des pratiques en santé mentale sous le thème « Célébrons les pratiques d'aujourd'hui et de demain ». Après deux années marquées par la COVID-19, la DPSMD souhaitait offrir une opportunité de rencontre et d'échange aux employés, gestionnaires, psychiatres, étudiants et chercheurs œuvrant dans le domaine de la santé mentale.

Près de 500 participants de différentes installations ont visité les 23 kiosques afin de découvrir, ou redécouvrir, les services cliniques offerts par les différentes équipes de la direction, ainsi que leurs pratiques. Ils ont également pu en apprendre davantage sur des projets de recherche en santé mentale réalisés au sein de notre CIUSSS et rencontrer des partenaires privilégiés de la direction. Plus de 80 participants ont assisté aux sessions d'échange « Jasons avec un expert » et plus de 100 personnes étaient présentes à l'une des conférences. Le succès de cet événement démontre que mieux se connaître permet de favoriser les collaborations et les arrimages entre les différentes équipes et que le partage d'expertises variées enrichi les pratiques.

Services sociaux généraux : mise en place de l'équipe des mesures d'urgence psychosociales

En début d'année 2022, la DPSMD a entrepris la restructuration du volet d'intervention psychosociale en situation d'urgence et de sécurité civile. Le projet a mené à l'implantation d'un nouveau modèle d'intervention opérationnel basé sur une équipe interdirection désignée. Grâce à la collaboration des membres du comité sur les mesures d'urgence psychosociales, sa mise sur pied a été assurée rapidement.

Aujourd'hui, la communauté du CIUSSS peut compter sur l'expertise riche et diversifiée de plus de 40 professionnels formés et outillés pour intervenir en situation d'urgence. Ils comptent actuellement 38 intervenants psychosociaux en provenance de différents programmes et directions qui disposent également du soutien de deux agentes

administratives, de deux professionnels en soutien clinique et de deux formatrices accréditées par le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP).

En mars et avril 2022, deux cohortes de formation ont accueilli 22 intervenants qui ont suivi en présentiel la formation « Intervention psychosociale en contexte de sécurité civile, partie 2 ».

Un plan servant de cadre de référence pour la gestion et le déploiement des services psychosociaux sur le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est également en voie de finalisation. Celui-ci s'appuiera sur les orientations du MSSS en matière de sécurité civile et s'arrime avec le plan local de sécurité civile de l'établissement.

PLUS DE PRÉVENTION

Création d'un outil électronique de collecte et d'analyse d'audits en lien avec les pratiques du Programme québécois des soins sécuritaires (PQSS)

Le premier outil de collecte a été créé afin de pérenniser la stratégie de suivi des indicateurs implantée dans le cadre du Programme québécois des soins sécuritaires (PQSS). Son implantation a permis aux membres de notre organisation d'aiguiller leur prise de décision à l'aide d'informations compréhensibles et probantes.

Parmi ses retombées positives, le déploiement a facilité la collecte et le partage de données en temps réel pour les audits d'assurance de la qualité de l'environnement, d'hygiène des mains et d'équipement de protection individuelle. Depuis l'implantation de ce système, les données continuent d'être partagées aux gestionnaires, périodiquement.

L'intégration des formulaires a également permis à la première ligne de repérer et d'éliminer ses pratiques non conformes et ainsi, de faire une différence dans la qualité des soins. Grâce aux formulaires, il est possible de fournir des données de qualité quant à l'application des pratiques exemplaires et de mesurer leur conformité, en continu.

Dans une perspective de transfert des connaissances, l'analytique visuelle a été matérialisée sous forme de tableau afin de permettre aux équipes de décoder et de comprendre les données présentées. Les retombées mesurées continueront d'être présentées à chaque unité, sur demande ou à la fin de chaque période financière.

Programme reprendre sa santé en main : Ma santé, j'y tiens!

Au printemps 2022, en partenariat avec la direction adjointe responsabilité populationnelle et partenariats, la direction des communications a mis en place un programme d'éducation à la santé afin de développer une boîte à outils pour favoriser l'autonomie des personnes pour le maintien et l'amélioration de leur santé.

Pour plusieurs raisons, la pandémie de COVID-19 a renforcé l'importance pour les individus et les communautés d'être plus autonomes dans le maintien et l'amélioration de leur santé. Le programme **Reprendre sa santé en main** aborde différentes thématiques en lien avec les déterminants de la santé telles que les relations sociales, le sommeil et la respiration. Ces sujets sont sélectionnés en fonction du pouvoir d'agir des individus. Les objectifs sont : sensibiliser les individus et la communauté à la nécessité d'être autonome en matière de santé; améliorer la santé de la population du territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et éduquer la population sur certains points clés pour leur autonomie en santé.

Une attention particulière est portée afin de rejoindre la population aînée et les familles issues de la diversité ethnoculturelle. La première phase du projet fut la diffusion de visuels sur les plateformes numériques, soit, les réseaux sociaux et les écrans dynamiques. Une deuxième phase de co-construction d'outils de type prêt à animer est en cours en partenariat avec des organismes communautaires.

PLUS DE PRÉPARATION

Une année sous le signe de la cybersécurité

Dans un monde où la technologie est en pleine ébullition, les grands organismes publics sont de plus en plus sujets aux attaques informatiques. Afin de limiter l'exposition de l'organisation à cette nouvelle réalité, les équipes spécialisées en technologie de l'information du CIUSSS ont mis de l'avant plusieurs initiatives visant à assurer la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité des actifs informationnels. De concert avec l'équipe provinciale du centre opérationnel de cyber défense (COCD), l'objectif premier est d'établir un contexte proactif et ainsi prévenir les bris de service. Plusieurs impacts positifs pour les utilisateurs découlent de cette initiative, notamment la modernisation des équipements dans le but de mieux sécuriser les environnements technologiques qui ont permis d'offrir des postes de travail plus performants. Voici quelques réalisations à l'égard de la cybersécurité :

- Mise en place d'une équipe de réponse rapide pour les événements de sécurité (SOC);
- Déploiement de nouveaux pare-feu performant sur nos principaux sites;
- Installation de nouveaux antivirus modernes sur nos postes de travail et serveurs;
- Rehaussement de 4719 postes de travail vers un système d'opération récent;
- Balayage des vulnérabilités internes et externes en continu.

PLUS D'EFFICACITÉ

La technologie au service de l'efficacité

La technologie se trouve au cœur du Plan santé du ministre Dubé. Des efforts considérables sont déployés quotidiennement pour moderniser les appareils et outils technologiques utilisés par les médecins et cliniciens de l'organisation. L'informatisation de formulaires jadis papier, la transcription directe de rapports médicaux par l'utilisation d'un système de reconnaissance vocale et la télémétrie sont des éléments qui aident à la fluidité du parcours clinique des patients, améliorant ainsi l'efficacité de tout le personnel qui prodigue des soins. Cette année, les réalisations suivantes ont été accomplies au sein du CIUSSS ODIM :

- Implantation d'un système de télémétrie dans la totalité des unités d'hospitalisation qui facilite la gestion des lits (fluidité) au département de cardiologie de l'Hôpital général du Lakeshore (HGL);
- Ajout de formulaires électroniques GDE à l'HGL;
- Ajout de Powerscribe - Reconnaissance vocale assistée par ordinateur pour l'imagerie à l'HGL

Pose des cathéters veineux centraux par voie périphérique

Nous avons formé une technologue en radiologie à l'Hôpital général du Lakeshore, qui effectue la pose des cathéters veineux centraux insérés par voie périphérique (CCIP). La pose de CCIP se faisait initialement par des médecins. En formant une technologue, nous avons été en mesure de libérer les médecins pour d'autres tâches et avons augmenté de plus de 106 % la pose des CCIP en radiologie effectuée par cette technologue. En effet, 442 CCIP ont été posés cette année comparativement à 214 l'an dernier. De ces 442 CCIP, 235 étaient pour des patients admis, ce qui a eu une incidence directe sur la fluidité.

Création des rôles de gestionnaire de fluidité

Parmi les différentes solutions pour réduire les taux d'achalandage dans nos hôpitaux, la Direction des services professionnels mise sur la création d'un nouveau rôle de gestionnaire axé sur la fluidité. Ces derniers visent à améliorer les mécanismes à mettre en place afin d'assurer une meilleure coordination des soins entre les services.

En effet, ces gestionnaires ont comme mandat de collaborer avec l'ensemble des directions et des partenaires pour débloquer des lits sur les unités de soins et désengorger les urgences. Ils assurent un suivi étroit des indicateurs de performance tout en trouvant des pistes de solutions et des idées innovantes pour contribuer à la diminution de la durée moyenne de séjour. De plus, ils analysent la trajectoire de soins de notre clientèle pour identifier les délais et les pertes d'efficacité dans les processus et les ressources impliquées.

Déjà, leurs impacts positifs au CIUSSS se font sentir. En assistant aux rencontres et en étant présents sur le terrain, ils peuvent acquérir une meilleure vue d'ensemble de la situation et ainsi, mieux cibler les enjeux cliniques et les solutions envisageables.

Scission de la Direction SAPA, au profit des personnes vulnérables!

À la suite d'investissements du ministère de la Santé et des Services sociaux, pendant la pandémie liée à la COVID-19, la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) a connu une importante transformation, soit une scission à deux volets : « DSAPA-Hébergement » et « DSAPA-Soutien à domicile ».

L'optimisation de sa structure de gestion, par l'ajout de 36 gestionnaires, permet à la DSAPA-Hébergement de rehausser sa gestion de proximité auprès du personnel. Il en résulte une qualité améliorée des soins et des services, mais aussi des milieux de vie, et ce, afin de répondre de façon optimale aux besoins des personnes vulnérables résidant en centre d'hébergement.



ACTIVITÉ SANTA TO A SENIOR,
CHSLD NAZAIRE-PICHÉ



ATELIER DE MENUISERIE, HÔPITAL SAINTE-ANNE

PRIX PHILIPPE ET MARIE HALPHEN



INSTITUT DE FRANCE
Académie des sciences

DR GUSTAVO TURECKI
OCTOBRE 2022



DINER DE L'ACTION DE GRÂCE,
CENTRE DE SOINS PROLONGÉS GRACE DART



UNITÉ D'HOSPITALISATION EN CANCÉROLOGIE
RÉNOVÉE, CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY



SALON DES AÎNÉS, NOVEMBRE 2022



MINI-FERMES EN VISITE
DANS NOS CHSLD, JUILLET 2022



L'ÉCOLOGISTE DE L'HÔPITAL ST. MARY, [LA PRESSE](#), 28 DÉCEMBRE 2022

HAZEL LETCHUK, 1^{er} BÉBÉ DE L'ANNÉE DANS
NOTRE CIUSSS NÉE À 2 H LE 1^{er} JANVIER 2023 À
L'HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE



INAUGURATION DES LOCAUX DU GAP, AVRIL 2022



PROGRAMME DE ZOOTHÉRAPIE,
HÔPITAL SAINTE-ANNE



D^r SALAH EL MESTIKAWY À L'ÉMISSION
DÉCOUVERTE - REPRENDRE LE CONTRÔLE DE
L'ANOREXIE, 20 NOVEMBRE 2022



DIANA GOUVOPOULOU
FOUNDER OF TLC DAY



UNE JOURNÉE « AUX PETITS SOINS »
POUR LES PATIENTS AUX SOINS PALLIATIFS,
CTV, FÉVRIER 2023



LENA BALDONI, PARTICIPANTE AU PLATEAU DE
TRAVAIL À L'HÔPITAL SAINTE-ANNE A RÉALISÉ
UNE MAGNIFIQUE MURALE DURANT L'HIVER 2022



LA 9^e ÉDITION DE L'OUVRAGE « IMMIGRANT WOMEN
OF INSPIRATION » PRÉSENTE LA D^r SRIVIDYA IYER

CHANTIER DE LA MAISON ALTERNATIVE DORVAL QUI OFFRIRA 72 PLACES DESTINÉES À UNE CLIENTÈLE
ADULTE (18 À 65 ANS) VIVANT UNE SITUATION DE HANDICAP



Unité Catherine-Duong

À la mémoire d'une cheffe du Département
de médecine familiale brillante, innovante,
courageuse et constamment orientée
vers l'excellence.

Nos actions s'inspirent de son énergie
contagieuse, de son empathie profonde
et de son professionnalisme exemplaire.

Hôpital de LaSalle, 2023

FABRICATION DE CAPTEURS DE RÊVES, CAMPUS PRÉVOST, CENTRES DE LA JEUNESSE ET DE LA FAMILLE BATSHAW



À LA RENCONTRE DE PIERRE-ALEXANDRE RICHARD, INTERVENANT EN SOINS SPIRITUELS À L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS, [LA PRESSE](#), 3 AVRIL 2022



BILAN DE LA DIRECTRICE DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE, JUIN 2022



REPORTAGE SUR LE RECRUTEMENT DE FAMILLES D'ACCUEIL, [CBC NEWS](#), NOVEMBRE 2022



DAN GABAY, PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL, MOIS DE L'HISTOIRE DES NOIRS, FÉVRIER 2023



SÉANCE D'EXERCICES POUR PRÉVENIR LE DÉCONDITIONNEMENT, MAI 2022



JOURNÉE CARRIÈRE, OCTOBRE 2022



REPORTAGE SUR L'ÉQUIPE D'AIRE OUVERTE, JOURNAL [MÉTRO](#), JUIN 2022

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

CHAPITRE III : ATTENTES SPÉCIFIQUES

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

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
1.1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès	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, soit le Système d'information des événements démographiques (SIED) et de sa transmission électronique requerra certains ajustements à l'organisation du travail dans le réseau sociosanitaire 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 délaissier 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 et promouvoir l'avis de grossesse. 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 utiliser les outils de communication développés par le MSSS 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.	R
1.3	Augmenter la couverture vaccinale des programmes offerts en milieu scolaire (primaire, secondaire)	Les CISSS et CIUSSS, avec le soutien des DSPublique, doivent assurer la mise en œuvre des programmes de vaccination dans les milieux scolaires (primaire et secondaire) de leur territoire, incluant le rattrapage de la vaccination des cohortes d'élèves non vaccinés depuis 2019-2020.	R

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		Une priorité devrait être portée à la vaccination réalisée au secondaire (3^e, 4^e, 5^e) 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.	
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	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	Implanter 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
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 CISSS/CIUSSS sont responsables de déployer des réseaux d'éclaireurs dans les RLS et devront faire état du déploiement du réseau d'éclaireurs. Les éclaireurs sont des citoyens impliqués dans leur milieu et ils doivent être soutenus par une équipe d'intervenants du RSSS (équipes-relais). Les CISSS/CIUSSS mettent en réseau les éclaireurs en établissant des liens constants avec les différents	R

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		partenaires. Les réseaux d'éclaireurs contribuent également à renforcer et à mettre en valeur les initiatives citoyennes et les projets d'organismes communautaires en matière de rétablissement psychosocial post pandémie et de résilience en santé mentale.	
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	Cette attente a été retirée par le MSSS
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 de 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)	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. 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 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'utilisateur hors délai en variable 8 évaluations-orientations.	R

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		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'utilisateur. a. Le nombre d'usagers NSA par installation doit se situer en dessous d'une proportion de 8 % par rapport aux lits disponibles.	
3.2	Adopter, déployer et mettre à jour 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 des formations 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 : - 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; - 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; - 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

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
3.3	Implanter 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 service flexible qui s'adapte aux besoins particuliers de ces usagers. 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 aidance (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 aidance 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 unité 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

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
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 LPJ 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 la DPJ vers les services de proximité. a) 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.	R
6.1	Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche	Dans un premier temps, l'établissement doit réviser son processus d'autorisation des activités de recherche basée sur les meilleures pratiques identifiées dans le cadre du projet SQSV-TNDR en collaborant avec toutes les directions impliquées dans ce processus. De plus, il doit assurer un partage et un arrimage des pratiques avec les autres établissements du RSSS. En outre, il devrait prioriser le déploiement du projet d'optimisation de CATALIS au sein de l'établissement, notamment en assurant la disponibilité des ressources requises.	R

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		Dans un deuxième temps, l'établissement doit se doter d'un cadre pour la production et le suivi de rapports de performance en se basant sur le rapport de performance CATALIS disponible dans la plateforme électronique Nagano. Des indicateurs clés du démarrage des études doivent être sélectionnés et suivis de façon étroite pour chaque activité de recherche soumise au processus d'autorisation en impliquant l'ensemble des services (recherche, clinique et administrative). 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. Pendant la réalisation des essais, il doit également offrir des mesures concrètes pour aider les chercheurs à atteindre ces cibles. L'établissement devra également réduire de 25 % le délai moyen d'autorisation des activités de recherche au 31 mars 2023.	
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. 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.	R

R : réalisée

NR : non réalisée

CHAPITRE IV : ENGAGEMENTS ANNUELS

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé publique				
Plan stratégique 19-23 1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	87,79	80	86,77	80
Commentaires : Les stratégies utilisées pour atteindre l'engagement de l'établissement : • Maintenir des sites de vaccination à haut volume. • Mettre en place des cliniques de vaccination dans les centres hospitaliers du territoire pour les patients hospitalisés et les employés de la santé. • Utiliser la vaccination mobile (service clé en main) pour être à proximité de la population la plus vulnérable. • Promouvoir la vaccination.				
Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
Plan stratégique 19-23 1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	82.4	80	79.8	80
Commentaires : • Le taux de conformité globale des pratiques exemplaires d'hygiène des mains demeure stable. Stratégies : • Encourager la participation active de tous les travailleurs de la santé de première ligne, les champions, les gestionnaires, les services multidisciplinaires et le service de prévention et contrôle des infections au processus de vérification qui peut contribuer à changer et à améliorer la culture de l'hygiène des mains. • Communiquer les résultats en temps réels et donner accès à tous les gestionnaires, afin de renforcer la participation du personnel de la première ligne à la prise de décisions concernant l'amélioration des pratiques. • Utiliser des tableaux visuels blancs dans chaque unité ou service pour afficher les résultats. • Stimuler la participation et la rétroaction qui sont essentielles pour améliorer les pratiques.				
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
Plan stratégique 19-23 1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	73,3	80	79,1	80
Plan stratégique 19-23 1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	92.8	90	93.6	90

Commentaires : Nous avons amélioré nos résultats par rapport à l'année dernière et poursuivons nos efforts afin d'atteindre l'objectif fixé.				
Soutien à domicile (SAD)				
Plan stratégique 19-23 1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 181 805	1 096 930	1 288 338	1 140 807
Plan stratégique 19-23 1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	15 704	15 681	16 645	15 769
Commentaires : Les cibles ont été atteintes pour les deux indicateurs.				
Déficiences				
Plan stratégique 19-23 1.47-PS 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	611	644	657	652
Commentaires : L'ouverture de nouvelles places en ressources intermédiaires (DI-TSA-DP) suite à certains appels d'offres a permis d'atteindre cet objectif.				
Jeunes en difficulté				
Plan stratégique 19-23 1.06.04-PS Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	52,41	28,66 jours	139,57	28,66 jours
Plan stratégique 19-23 1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt	441	194	587	290
Commentaires : <i>Indicateur : 1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt</i> - Le programme Agir tôt est une priorité organisationnelle et les équipes ont travaillé fort et croient à l'importance de la surveillance universelle du développement des enfants. La plateforme « Agir tôt » soutient l'efficacité du dépistage. - Nous allons continuer à viser l'amélioration de l'accès à l'intervention précoce. <i>Indicateur : 1.06.04 PS Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse</i> Contexte et facteurs expliquant le résultat : - Nous continuons à rencontrer des difficultés pour recruter du personnel qualifié. Le bassin de candidats potentiels est particulièrement limité pour notre institution en raison de l'exigence de bilinguisme pour répondre aux besoins de notre clientèle anglophone. De plus, les conditions de travail dans la protection de la jeunesse rendent difficile le recrutement de professionnels bilingues qui sont très recherchés dans tous les secteurs des services sociaux.				

- L'année dernière, nous avons dû réorganiser notre département de protection de la jeunesse en ce qui concerne les professionnels chargés des évaluations et des orientations. Parallèlement à cette réorganisation majeure, nous avons dû mettre en place de nouvelles initiatives pour redéfinir les tâches des professionnels afin de répondre aux besoins liés à l'augmentation du nombre de cas signalés au département. Ce n'est que récemment que ces changements ont commencé à améliorer notre capacité à atteindre les objectifs fixés.

Stratégies :

Des initiatives en cours :

- 1) Le projet pilote visant à soutenir des agents de relations humaines dans l'obtention d'une adhésion à un ordre professionnel (à titre d'étudiant), leur permettant ainsi de réaliser les activités réservées à l'évaluation en protection de la jeunesse : ce projet novateur mené de concert avec la Direction de services multidisciplinaires avance de bon train. Un certain nombre d'ARH qui ont entamé le processus ont déjà été en mesure de mener des évaluations. Or, ce projet pourrait représenter une solution durable pour nos problèmes de main-d'œuvre.
- 2) Le blitz d'évaluation, dans le cadre duquel un (ou des professionnels) à l'évaluation est dédié exclusivement à la réalisation d'évaluations en attente prolongée (les moins urgentes)
- 3) Nous avons réalisé une analyse de la fluidité du parcours d'évaluation et du respect des nouvelles normes provinciales de pratique en matière d'évaluation (durée, délai et productivité de l'équipe) : nous avons fixé des objectifs de suivi de la charge de travail et des délais de traitement, en vue de réduire la durée du service et d'assurer un transfert rapide vers l'orientation dès qu'une décision est prise dans le cadre du processus d'évaluation. Cette analyse permettra de valider la contribution des agents des relations humaines qui assurent les orientations dans le parcours du client.
- 4) Des initiatives visant à promouvoir la rétention du personnel, telle qu'un sondage de rétention et des entrevues de rétention avec le personnel de l'évaluation, pour rehausser le bien-être et la satisfaction des employés du service de l'évaluation.
- 5) Des stratégies d'attraction de personnel et de stagiaires, incluant en provenance d'autres provinces, pour élargir notre bassin de recrutement (une entente de stage a été signée avec une université en Alberta).

Dépandances				
<u>Plan stratégique 19-23</u>				
1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	548	1 492	490	1 556

Commentaires :

- Au cours des dernières années, nous avons eu plusieurs échanges avec le MSSS sur la source et la validité des données antérieures qui ont permis d'identifier la cible initiale.
- Les nouvelles ressources ajoutées par le MSSS en 2018-2019 et 2019-2020 (4,8 ETC) permettent de déployer une offre de services de proximité pour la 1^{re} ligne en dépendances, en continuité étroite des services des deux CRDS (Centre de répartition des demandes de services montréalais).
- L'indicateur fait référence au nombre d'usagers ayant reçu des services de dépendances; or l'unité de mesure comprend avant tout les usagers ayant été détectés. La détection est effectuée en principe dans tous les services cliniques, particulièrement de mission CLSC, et dans tous les programmes. La méthode de saisi ne nous permet pas d'identifier les secteurs où la détection aurait diminué, et ainsi apporter les correctifs.
- Nous avons également eu l'occasion de signifier au MSSS que la cible pour notre établissement n'est pas proportionnelle aux données populationnelles et plus élevée que les autres CIUSSS de Montréal.

Stratégies :

- Rehausser la systématisation des repérages et détections dans les différents programmes et services de mission CLSC.
- Faire reconnaître l'argumentaire pour l'identification d'une cible ultérieure qui soit adaptée à la réalité des besoins populationnels de notre territoire et harmonisée aux cibles des autres territoires de Montréal.

Santé mentale				
Plan stratégique 19-23				
1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	351	396	366	351
Commentaires : - Il s'agit d'un écart de moins de 5 % de la cible 2022-2023 et d'une diminution nette de 30 usagers par rapport à la cible 2021-2022 - Maintien des résultats malgré une augmentation globale du nombre de demandes reçues pour l'année 2022-2023 par rapport à l'année précédente. - Diminution significative du nombre d'usagers en attente en 1re ligne. Pour la 2e-3e lignes, résultats semblables à 2021-2022. Stratégies : - Poursuivre les activités de révision de l'accès, en lien avec le nouveau cadre sur le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) du MSSS. - Poursuivre l'augmentation de la prise en charge professionnelle des demandes en attente de prise en charge médicale.				
Santé physique - Urgence				
Plan stratégique 19-23				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	21,86	17,3	25,39	17,3 heures
Plan stratégique 19-23				
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	190	134	192	134 minutes
Commentaires : Le dépassement de la cible s'explique par plusieurs facteurs : - La difficulté d'avoir accès aux lits d'hospitalisation, la fermeture de lits ainsi que le nombre élevé des usagers en niveau de soins alternatif (NSA). - Les visites totales ont augmenté de 7 % pour l'urgence de LaSalle. - Pour les délais à l'ambulatoire, une augmentation de 5 % de l'achalandage dans ce secteur est observable - La pression sur les ressources humaines peut en partie expliquer les résultats, car les urgences ont travaillé avec des déficits de personnel importants. Stratégies : - Réorienter des visites avec les priorités P4-P5 - Créer le centre de contrôle et commandement au Lakeshore pour assurer une fluidité quotidienne optimale - Utiliser la surcapacité sur les étages lorsque nécessaire - Optimiser l'utilisation de la clinique d'accès rapide (IPS -Lakeshore) - Recruter et faciliter l'aménagement du temps de travail				
Santé physique				
1.09.50-EG2 Proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome	23,4	25	41,1	25

Commentaires :

- Les équipes médicales ont été très favorables à la dialyse péritonéale (DP) comme première option pour les patients. Les infirmières en pré-dialyse ont également joué un rôle très important en aidant les patients à choisir cette modalité.
- De plus, lorsqu'un patient est sous hémodialyse, le néphrologue et les infirmières de la dialyse péritonéale continuent de conseiller le transfert vers la DP lorsque c'est possible pour le patient.

Stratégies :

- Afin de maintenir la croissance des modalités autonomes, nous souhaitons développer un programme de dialyse péritonéale assisté à domicile.
- L'accès à des programmes tels que SHARESOURCE, qui permet aux infirmières de dialyse de consulter les données du patient à domicile contribuerait également à préserver l'indépendance des patients plus longtemps à la maison.
- Le fait de disposer de plus de services de CLSC pour soutenir les patients dialysés vieillissants permettrait également de retarder le transfert des patients vers l'hémodialyse en milieu hospitalier.

Santé physique - Chirurgie				
1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	395	150	302	90
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	1 388	625	1 173	950

Commentaires :

- Plusieurs cas hors délai n'ont pu être réalisés en raison de la capacité hospitalière et des chirurgies avec une demande d'admission.
- Le manque de personnel a causé une diminution des activités régulières et a eu un impact sur le fonctionnement du service à pleine capacité.
- Augmentation au niveau des requêtes opératoires reçues.

Stratégies :

- Planifier 35 % des cas hors délai par programme opératoire
- Réviser le processus de gestion des listes d'attente
- Utiliser les circulaires du MSSS et envoyer des lettres aux clients si nécessaire
- Planifier de poursuivre l'utilisation des Cliniques médicales spécialisées pour l'ophtalmologie afin de continuer à réduire les listes d'attente
- Ouvrir des corridors de services dans nos trois sites en chirurgie
- Distribuer des priorités opératoires en fonction des listes d'attente
- Analyser les besoins en équipement pour être capable d'augmenter le nombre de chirurgies réalisées par jour

Santé physique - Cancérologie				
Plan stratégique 19-23 1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	73	90	59,2	90

1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	98,3	100	96,5	100
Commentaires : - Les mêmes commentaires des indicateurs en chirurgies s'appliquent aux indicateurs en cancérologie. Stratégies : - Améliorer la trajectoire des consultations. - Uniformiser le processus pour les 3 installations. - Sensibiliser les équipes et impliquer les médecins. - Encadrer et donner des formations aux nouvelles embauches - Établir et renforcer la gestion clinico-administrative avec les médecins - Mettre en place le projet d'implantation d'un logiciel de rendez-vous				
Santé physique - Services de première ligne				
Plan stratégique 19-23 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	74,12	84	72,65	85
Plan stratégique 19-23 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	202 401	214 536	204 221	244 320
Plan stratégique 19-23 1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	13	19	17	31
Commentaires : - Il faut noter que même en n'atteignant pas la cible de 85 %, nous sommes, à 72,65 %, le CIUSSS au premier rang d'usagers inscrits auprès d'un médecin de famille à Montréal. - Le développement d'un GMF-U de l'Ouest de l'Île avec la phase #1 d'une Clinique de médecine de famille à Hôpital général du Lakeshore a contribué à l'augmentation du nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF. Stratégies : - Travailler en étroite collaboration avec nos représentants du Département régional de médecine générale (DRMG) afin de stimuler les médecins à se regrouper pour le déploiement de nouveaux GMF sur le territoire. - Maintenir une communication ouverte par des rencontres régulières avec les GMF du territoire déjà établis pour les supporter dans leur mandat. - Assurer le soutien requis aux GMF par la mise en place des professionnels en alignement avec leur niveau de désignation. - Faciliter l'accessibilité des GMF aux différentes trajectoires du CIUSSS pour une prise en charge optimale de leur clientèle. <i>Indicateur : 1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne</i> Commentaires : - Sur le territoire, les 9 GMF, les 3 GMF-R et 1 GMF-U sont tous connectés à une solution informatique (orchestrateur) qui favorise une prise de rendez-vous en première ligne. 3 cliniques partenaires de GMF et 1 clinique hors GMF sont aussi connectées				

- Au total, nous avons 17 cliniques/17 connectés.
- Cependant, peu de cliniques solos du territoire sont connectées à un orchestrateur, car elles n'ont pas de dossier médical électronique (DMÉ)

Stratégies :

- Travailler de concert avec les représentants DRMG du territoire afin de motiver les cliniques solos à se regrouper en GMF

Santé physique - Imagerie médicale

1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	73,8	95	62,7	95
1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	97,9	100	67,7	100
1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	63,2	90	59,7	90

Commentaires :

Indicateur : 1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées

- Cet indicateur est calculé pour l'ensemble des modalités. Toutefois, le secteur des échographies cardiaques présente la plus grande attente (+ d'un an).
- Une seule technologue est dédiée entièrement à l'échographie et tandis qu'une deuxième (qui est l'assistante-chef) effectue les échographies à temps partiel.
- À partir de l'an 2021, nous avons commencé à transférer vers le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal une très grande partie de nos échographies cardiaques (+ de 200), car cet établissement a la capacité résiduelle dans le secteur.
- Le manque de personnel administratif nous empêche de réaliser cette tâche sur une base régulière.

Indicateur : 1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries

- Il y a eu une augmentation des demandes en provenance de l'ensemble des cliniques du territoire, des cliniques internes (accueil clinique, Clinique d'accès rapide, oncologie et pneumologie), de l'urgence ainsi que des cliniques externes.
- Le contexte anglophone rend difficile le recrutement de professionnels bilingues qui sont très recherchés dans tous les secteurs des services sociaux.
- Un des deux appareils (CT scan) a été arrêté pour une période de 30 jours.

Indicateur : 1.09.34.09 - EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques

- Un retard s'est produit lors du rehaussement d'un appareil en septembre 2021. Une demande d'entente 108 a été faite pendant la fermeture pour éviter un retard, mais elle n'a pas été acceptée.
- Aussi en 2022, à cause d'un rehaussement d'un autre appareil, il y a eu un arrêt de presque trois mois.

Ressources humaines				
Plan stratégique 19-23 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	5,76	3,8	5,40	3,27
Plan stratégique 19-23 3.05.03-PS Ratio de présence au travail	89,72	88,84	89,52	88,97
3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »	40,2	50	88,1	100

Commentaires :

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

- Une partie du dépassement de la cible s'explique par la présence des contrats en vigueur pour certains services spécifiques (ex. sécurité et entretien ménager). Un autre élément explicatif est associé au maintien d'activités reliées à la COVID (vaccination et dépistage). On note tout de même une diminution de 0.36 % depuis l'année dernière, équivalente à près de 5 000 heures. (Source TdB MSSS).

Indicateur : 3.05.03-PS Ratio de présence au travail

- Tout comme pour l'an passé, l'atteinte de la cible est explicable en partie par des mesures incitatives financières aussi applicables en 2022-2023, qui ont favorisé la présence au travail. Des travaux en continu au sein de l'équipe de prévention et de promotion de la santé (revue de procédure et du partage du travail) et la relance de l'ensemble des activités de reconnaissance du personnel ont également contribué à l'atteinte de la cible.

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

Commentaires :

- Processus en continu pour cette formation auprès des employés.
- Notre résultat a doublé depuis l'année dernière en raison de notre sensibilisation et du suivi effectué.
- Le roulement élevé d'employés a une incidence sur le résultat.
- Les employés en maladie ou en congé long terme n'ayant pas complété la formation sont comptabilisés dans le résultat.
- La pénurie de main-d'œuvre actuelle est parfois un obstacle à la complétion de la formation.

Stratégies :

- Sensibiliser les directeurs à la complétion de cette formation dans leurs services.
- Complétion de la formation de manière systématique par les employés nouvellement embauchés.

Légende

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

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

L'AGRÉMENT

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

À la suite des visites d'Agrément Canada en novembre et décembre 2019 pour les séquences 1 et 2, le comité d'approbation du type d'agrément a revu, en date du 15 octobre 2021, les preuves soumises en guise de suivi à ces visites. À la suite de cet examen, il a été reconnu que le CIUSSS ODIM respecte les exigences en matière de suivi des pratiques organisationnelles requises, c'est-à-dire que le plan d'amélioration de la qualité et du rendement démontre une conformité satisfaisante.

L'établissement a accueilli les visiteurs d'Agrément Canada en février 2023 pour la séquence 3 et les preuves de suivi seront déposées d'ici février 2024 afin de pérenniser l'amélioration de la qualité des soins et services offerts.

Les directions ont travaillé activement afin de préparer la visite d'agrément du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'étant déroulé en mai 2023. Le suivi des recommandations et les preuves attendues seront déposés selon les délais attendus.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

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

LES ACTIONS

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

- Promotion du courriel générique gestiondesrisques.comtl@ssss.gouv.qc.ca;
- Assistance offerte aux directions de l'organisation en matière de déclaration, d'analyse et de divulgation des événements indésirables;
- Suivi régulier avec les gestionnaires quant à la qualité des déclarations, la réalisation des analyses ainsi que le partage des recommandations;
- Soutien technique lié à l'utilisation du logiciel SISSS aux ressources privées et privées conventionnées situées sur le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- Déploiement des activités lors de la *Semaine nationale de la sécurité des usagers*;
- Élaboration et diffusion des outils de gestion intégrée des risques;
- Maintien et mise à jour de la page intranet dédiée à la gestion des risques;
- Analyse des risques pour plusieurs projets organisationnels et certaines directions;
- Décentralisation de la saisie de la déclaration dans divers secteurs;
- Formation en gestion des risques, culture de sécurité, déclaration et divulgation des événements donnée virtuellement à plus de 49 personnes incluant des employés, gestionnaires et responsables de ressources résidentielles;
- Élaboration de rapports par thématique spécifique parmi les incidents/accidents concernant les tentatives de suicide et suicides, ainsi que la sécurité médicamenteuse, puis diffusion auprès des équipes.

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

En date du 31 mars 2023, les registres locaux des incidents et accidents du *Système d'Information sur la Sécurité des Soins et des Services* (SISSS) font état de 9894 événements indésirables déclarés en 2022-2023, ce qui représente une diminution de 2 % comparativement à l'année précédente en 2021-2022 (10 115 événements indésirables). Il faut toutefois noter que les données pour l'année 2021-2022 incluent l'ensemble des données saisies, tandis que les données pour 2022-2023 sont encore en évolution à la date de production du présent rapport.

Incidents

Il faut noter que 713 événements déclarés représentent des incidents, ce qui signifie que l'utilisateur n'a pas été atteint (7 % par rapport à l'ensemble des événements). Les trois principaux types d'incidents mis en évidence comprennent :

- 287 événements liés à la médication (40 % du nombre total des incidents et 3 % du nombre total des événements déclarés);
- 204 autres (29 % du nombre total des incidents et 2 % du nombre total des événements déclarés) et;
- 60 événements liés aux traitements/interventions (8 % du nombre total des incidents et 1 % du nombre total des événements déclarés).

Principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Erreurs liées à la médication	287	40 %	3 %
Autres	204	29 %	2 %
Erreurs liées aux traitements/interventions	60	8 %	1 %

Source : SISSS, 31 mars 2023

Accidents

Il y a eu 6957 événements déclarés à titre d'accident, ce qui signifie que l'utilisateur a été atteint (70 % par rapport à l'ensemble des événements). Les trois principaux types d'accidents mis en évidence sont :

- 3664 chutes (53 % du nombre total des accidents et 37 % du nombre total des événements déclarés);
- 1347 autres (19 % du nombre total des accidents et 14 % du nombre total des événements déclarés). La catégorie « autres » inclut les blessures d'origine connue et inconnue, les fugues, les automutilations, les tentatives de suicide et les suicides et les lésions de pression, etc., et;
- 1152 événements liés à la médication (17 % du nombre total des accidents et 12 % du nombre total des événements déclarés).

Principaux types d'accidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	3664	53 %	37 %
Autres	1347	19 %	14 %
Erreurs liées à la médication	1152	17 %	12 %

Source : SISSS, 31 mars 2023

N.B. Un total de 2224 événements (22 %) sont des déclarations dont l'analyse sommaire n'a pas été soumise en date du 31 mars 2023.

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

Le Comité de gestion des risques s'est réuni virtuellement à quatre reprises du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023.

Le suivi des rapports trimestriels sur les incidents et accidents ainsi que des événements sentinelles et les mesures correctives s'y rattachant, a été effectué auprès des membres du Comité. De plus, des thématiques spécifiques ont été abordées durant les rencontres afin de ressortir les tendances : tentatives de suicide et suicides, la sécurité médicamenteuse, etc.

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

Finalement, le service de la qualité, certification et gestion des risques a présenté l'information concernant le processus de gestion des risques : la production des rapports statistiques, les états de situation des événements sentinelles ainsi que le projet « décentralisation » des rapports d'incidents/accidents papier pour migrer vers la plateforme électronique SISSS.

Le Comité a formulé les recommandations suivantes :

1. Poursuivre la déclaration de tous les événements indésirables pour augmenter la prise en charge des événements en temps réel;
2. Poursuivre les efforts déployés pour l'implantation du processus de déclaration par voie électronique dans le cadre du *Projet – Décentralisation* au sein des installations du CIUSSS ODIM;
3. S'assurer que les gestionnaires poursuivent les travaux de complétion des analyses dans un délai de 14 jours après la déclaration;
4. Promouvoir l'importance de la déclaration des événements indésirables et l'implantation d'une culture de sécurité juste auprès des équipes terrain;
5. Poursuivre la révision par le Service qualité et gestion des risques des offres de formation pour soutenir efficacement les employés et gestionnaires;
6. Acheminer les rapports AH-223 en format papier à l'agent de saisie le plus rapidement possible, si applicable;
7. Bien identifier le service dans lequel est survenu l'événement pour acheminer le rapport d'analyse à la bonne personne;
8. Assurer la vigie des indicateurs de suivi et de la qualité du processus de déclaration et d'analyse de façon régulière;
9. Poursuivre la révision du processus de gestion, d'analyse et de suivi des événements sentinelles afin d'optimiser l'implantation des recommandations émises.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a mis en place des mesures en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment ainsi qu'en prévention et contrôle des infections (PCI).

Celles-ci incluent :

- Analyse prospective des risques de l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore;
- Analyse comparative des risques concernant l'utilisation des civières de débordement à l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore;
- Soutien lors de l'administration provisoire des Floralias de Lachine et de LaSalle;

- Le suivi du projet organisationnel sur l'implantation du bilan comparatif des médicaments;
- Le suivi du projet d'implantation du Programme québécois des soins sécuritaires en domaine de PCI;
 - L'ensemble #1 : l'hygiène et les autres mesures de prévention des bactéries multirésistantes ont été implantées sur toutes les unités d'hébergement de l'HSA, à l'exception de la nouvelle unité de santé mentale gériatrique. Les animations des stations visuelles opérationnelles (SVO) sont réalisées par les spécialistes en activités cliniques (SPAC) de la SAPA. Les résultats d'audits d'hygiène des mains y sont présentés et des pistes d'amélioration y sont discutées.
 - Le déploiement se poursuit pour l'année 2023-2024 pour tous les CHSLD et les CH du CIUSSS
- Le déploiement d'équipes de soutien aux CHSLD privés et résidences pour personnes âgées afin de gérer les éclosions;
- La mise en place d'un comité interdirectionnel de vigie des milieux de vie privés.

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

L'impact de la pandémie sur nos différentes activités cliniques s'est fait également sentir sur le fonctionnement du Comité permanent des mesures de contrôle. Cet impact a été constaté dû à l'absence de certains membres et au délestage, notamment vers les résidences Floralties de LaSalle et de Lachine pour lesquelles le CIUSSS assume la gestion clinique et administrative. En dépit des enjeux, les différentes équipes concernées ont suivi le protocole de façon appropriée afin de respecter l'autonomie des usagers et des résidents.

Une formation a été offerte aux infirmières des Floralties, notamment sur l'utilisation des mesures de contrôle.

Une APPR (agente de planification, de programmation et de recherche) s'est jointe au Comité dans le but de fournir une assistance professionnelle au déploiement du protocole.

Un outil de compilation informatisé des données concernant les mesures de contrôle a été mis en place dans les Centres hospitaliers de santé physique. Cet outil était déjà en cours d'application au niveau de la DI-TSA-DP (CROM : Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal) sous forme de projet pilote. La compilation de données informatisées est maintenant disponible au sein de l'organisation.

Les deux formations sur le Registre de compilation électronique (volet utilisateur et volet administratif) ont été déposées sur l'ENA (environnement numérique d'apprentissage).

La présidente du sous-comité a participé aux travaux ministériels pour l'élaboration des indicateurs nationaux de la qualité sur les mesures de contrôle.

Un groupe de travail a été mis en place pour la coordination de la formation sur les mesures de contrôle. Les réunions n'ont pas eu lieu selon la fréquence déterminée compte tenu de l'absence temporaire de plusieurs de nos membres.

Au-delà des circonstances particulières dues à la pandémie, l'équipe a poursuivi ses démarches rigoureuses de déclaration des mesures de contrôle. Un outil informatisé a été mis en place grâce à une collaboration interdirectionnelle exceptionnelle. De plus, les membres du Comité ont su veiller au respect des droits des usagers. Dans un processus d'amélioration continue de la qualité, chaque membre du personnel du CIUSSS a le devoir de s'imprégner de ce grand principe directeur : une mesure de contrôle ne doit être utilisée qu'exceptionnellement, avec dignité et après l'échec d'une mesure de remplacement.

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

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

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

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

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

Au moment de clore l'exercice 2022-2023, 8 % des mesures d'amélioration à portée systémique étaient en voie de réalisation. Parmi les 369 mesures d'amélioration, 339 mesures étaient réalisées, et 30 mesures étaient en voie de réalisation.

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

Direction soins infirmiers :

- Un nouvel outil d'évaluation sommaire de l'état mental et du niveau de dangerosité sera développé pour les usagers présentant un problème de santé mentale à l'urgence de l'Hôpital général Lakeshore;
- Suivant une plainte concernant des problèmes d'accessibilité téléphonique aux cliniques externes de l'Hôpital général du Lakeshore, la programmation a été revue afin d'aviser les usagers lors des jours fériés;
- Le personnel infirmier d'une unité de chirurgie du Centre hospitalier de St. Mary a été sensibilisé au droit des usagers d'être servi en français et ceux-ci sont invités à demander l'assistance d'un collègue au besoin afin d'assurer une communication claire et efficace;
- Le personnel de l'urgence du Centre hospitalier de St. Mary est invité à remplir le formulaire sommaire de congé en section ambulatoire pour les usagers de 75 ans et plus afin d'assurer un congé sécuritaire.

Direction des ressources financières :

- La direction a modifié ses pratiques de façon à identifier un employé responsable ainsi que son poste téléphonique afin de faciliter la communication pour les usagers qui souhaitent obtenir des clarifications au sujet de leur facturation.

Direction programme jeunesse :

- La direction programme jeunesse et collaboration avec l'équipe de soutien technique ont autorisé l'accès à du contenu web demandé pour les jeunes résidents d'une unité résidentielle;
- Un rappel courtois a été fait à l'équipe de continuum naissance du Centre hospitalier de St. Mary en regard aux bonnes pratiques en matière de documentation au dossier pour les soins offerts.

Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées :

- Des formations sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ont été offertes à l'ensemble des équipes qui œuvrent en CHSLD.
- Des audits ont été réalisés sur une base régulière afin de s'assurer du respect et de l'application du protocole d'hydratation par le personnel soignant.
- Une fiche administrative de type aide-mémoire a été conçue afin que les intervenants puissent transmettre clairement les informations concernant les coûts d'hébergement publics.

Protecteur du citoyen

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu cinq rapports du Protecteur du citoyen durant l'exercice 2022-2023, incluant 15 recommandations portant sur les thèmes suivants :

1. Que le CIUSSS ODIM :
 - 1.1 Procède à la révision du dossier de l'enfant concerné, et;
 - 1.2 Fasse un audit du dossier afin de s'assurer que la tenue de dossier est conforme aux bonnes pratiques en la matière et que le dossier contient toutes les informations et rapports pertinents.
 - Suivi : Réalisé
2. Que le CIUSSS ODIM :
 - 2.1 Rappelle au personnel infirmier l'importance de consulter le dossier médical d'un usager ou d'une usagère lors d'un transfert interétablissement afin que les éléments pertinents contenus à son dossier soient pris en considération au moment de l'évaluation de sa condition clinique;
 - 2.2 Prenne les moyens nécessaires afin que le personnel infirmier soit en nombre suffisant, notamment lors de débordement à l'urgence, pour permettre une surveillance adéquate et sécuritaire des usagers et usagères;
 - 2.3 Rappelle au personnel infirmier l'importance de procéder à l'auscultation abdominale lors qu'une anomalie liée à l'abdomen, de noter ses observations et de les communiquer au personnel médical, lorsqu'indiqué, et;
 - 2.4 S'assure que le personnel infirmier de l'urgence effectue une évaluation clinique adéquate et complète de l'état de santé d'un usager ou d'une usagère sous ses soins, notamment en utilisant l'outil d'évaluation PQRSTU-AMPLE pour documenter toutes constatations anormales.
 - Suivi : Réalisé
3. Que le CIUSSS ODIM :
 - 3.1 Rende obligatoire l'utilisation du Formulaire Soins Infirmiers - paramètres de la plaie et plan de traitement pour chacune des plaies. Confirmer que le formulaire est désormais obligatoire et lui indiquer le moyen qui a été utilisé pour ce faire;
 - 3.2 S'assure, notamment par un audit de dossiers, qu'une infirmière ou un infirmier procède, au moins une fois par semaine, à une évaluation complète de la plaie, selon les paramètres suivants: Mesures; Exsudat; Apparence du lit de la plaie; Douleur; Présence d'espaces pathologiques; État des bords de la plaie et de la peau environnante;
 - 3.3 S'assure que le personnel infirmier effectue, au moment de l'évaluation de la plaie et au besoin, un examen global de la personne (signes vitaux, surveillance des glycémies si indiquée et alimentation), particulièrement lorsque celle-ci est à risque d'infection, et;
 - 3.4 Rappelle au personnel infirmier l'importance de consulter le personnel-conseil lors d'un doute concernant l'évolution d'une plaie. Confirmer que ce rappel a été effectué en lui indiquant le moyen utilisé pour y parvenir.
 - Suivi : En cours

- 4 Que le CIUSSS ODIM :
 - 4.1 Prenne les mesures nécessaires afin que le personnel infirmier à l'urgence de l'Hôpital de LaSalle puisse procéder à la réévaluation des personnes en attente d'une prise en charge médicale selon les normes prévues à l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence, et;
 - 4.2 Rappele au personnel de l'urgence l'importance d'être à l'écoute des besoins des usagers et des usagères, notamment en répondant à leur demande d'obtenir une couverture au cours de la nuit d'attente avant la prise en charge médicale.
 - Suivi : Réalisé
- 5 Que le CIUSSS ODIM :
 - 5.1 Collabore avec Solstis Ressource intermédiaire inc. (RI située à Beaconsfield) et avec tout partenaire auprès de l'usagère, tel le Curateur public du Québec, afin d'évaluer toute proposition de contribution, financière ou autre, aux soins et services de l'usagère par une personne significative, et ce, afin de les bonifier;
 - 5.2 Assure en tout temps les suivis requis en matière de soins dentaires à l'usagère, et;
 - 5.3 Accompagne et soutienne l'usagère lors de ses rendez-vous en matière de soins dentaires afin de lui offrir l'appui nécessaire.
 - Suivi : Réalisé

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

Coroner

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu cinq rapports du Coroner durant l'exercice financier 2022-2023, incluant un total de 12 recommandations. Ces recommandations, à l'égard de différentes directions, portent sur les thèmes suivants :

1. Que le CIUSSS ODM :
 - 1.1 Assure, dans les CHSLD, la présence suffisante d'infirmières spécialisées en PCI afin que celles-ci puissent être présentes dans les opérations quotidiennes et qu'ils en assurent la pérennité;
 - 1.2 S'assure de planifier des simulations en lien avec les plans de pandémie de manière triennale;
 - 1.3 Offre de la formation quant à la tenue des dossiers médicaux et faire des suivis périodiques;
 - 1.4 S'assure de l'encadrement nécessaire justifiant le recours aux protocoles de détresse et à la sédation palliative dans un contexte de soins aigus.
 - Suivi : En cours
2. Que le CIUSSS ODIM examine la qualité et la diligence de l'acte professionnel et du suivi médical lors des consultations avec la mère le 31 août 2020 et le 30 octobre 2020 à l'hôpital LaSalle.
 - Suivi : Complété
3. Que le CIUSSS ODIM porte à l'attention des instances concernées le dossier, en se penchant particulièrement sur la gestion de l'agitation post-chute d'un patient à risque de saignement intracrânien chez qui une surveillance étroite des signes neurologiques, ainsi qu'une imagerie cérébrale sans délai, sont indiquées.
 - Suivi : En cours
4. Que le CIUSSS ODIM :
 - 4.1 Examine la qualité des soins infirmiers prodigués à compter du 7 octobre 2021;
 - 4.2 Poursuive ses démarches afin de trouver des solutions pour se doter d'un système pour mieux identifier, différencier et interpréter le son des alarmes sonores au sein de ses établissements;

- 4.3 Intensifie en continu et à long terme leurs efforts, notamment par des moyens de sensibilisation, des formations ou des rappels, auprès des infirmiers et préposés qui interviennent auprès des usagers afin qu'ils demeurent vigilants et assurent une surveillance rigoureuse des alertes visuelles et sonores, et;
- 4.4 Offre en tout temps un environnement de soins et des conditions de travail sécuritaire, qui permettent entre autres à son personnel d'avoir la disponibilité nécessaire pour assurer une surveillance adéquate de ses usagers.

- Suivi : Complété

5. Que le CIUSSS ODIM :

- 5.1 Complète une analyse sentinelle en lien avec le décès de M^{me} R.K., et;
- 5.2 Bonifie la sensibilisation auprès de ses professionnels de la santé et son offre de formations en matière de santé mentale et de prévention du suicide.

- Suivi : En cours

Autres instances

En 2022-2023, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a également reçu quatre rapports d'instances de qualité externes qui comprenaient 43 recommandations :

- 1. Un rapport de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec incluant 6 recommandations;
- 2. Un rapport de visite d'évaluation de la qualité des milieux de vie pour le CHSLD Denis-Benjamin-Viger incluant 3 recommandations;
- 3. Un rapport d'enquête sur les résidences Floralias de Lachine et Floralias de LaSalle incluant 2 recommandations;
- 4. Une visite d'Agrément Canada pour la séquence 3 menant à 32 recommandations.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'assure du suivi de ces recommandations avec tous les intervenants concernés.

LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE SELON LA MISSION

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

	CH	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1142	1142
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	553	553
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	448	448
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	554	554
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)	518	518

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

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

PROMOTION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Faits marquants :

- En collaboration avec deux conseillères-cadres de la Direction qualité, évaluation performance et éthique, nous avons mise en place deux instances de travail qui visent la révision et l'optimisation du rapport annuel et le processus de traitement et de gestion du Régime d'examen des plaintes au commissariat;
- Dans le cadre des activités de promotion de la campagne de visibilité, l'équipe du commissariat a mis en place des kiosques à l'Hôpital général du Lakeshore ainsi qu'à l'Hôpital de LaSalle afin de faire connaître le rôle et les responsabilités prévus à la LSSSS. Cette expérience enrichissante, que nous souhaitons reconduire a permis un dialogue constructif auprès des usagers et des professionnels;
- Suivant l'adoption de la nouvelle Politique sur l'équité, la diversité, l'inclusion (ÉDI) et la sécurisation culturelle, notre équipe souhaite consulter les acteurs impliqués afin de développer un référentiel de compétences favorisant la dotation de postes de Commissaire adjoint autochtones;
- En collaboration étroite avec l'équipe des communications, il est dorénavant possible pour les usagers de déposer une plainte en ligne. Cette option diversifie les moyens de transmettre une plainte ou de partager ses commentaires en regard à la qualité des soins et services;
- La page web révisée du commissariat permet à l'utilisateur une expérience simplifiée lorsqu'il consulte des documents. Son expérience est améliorée lors de la navigation.

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS ODIM) est responsable d'informer les citoyens sur son territoire des soins et services offerts en temps réel. À cet égard, la Direction des communications et des relations médias déploie des initiatives à travers différents outils afin de rendre l'information accessible à la population et aux équipes de toutes ses installations.

Le dernier exercice financier a indéniablement été marqué par la modernisation du site web du CIUSSS ODIM, dont la nouvelle mouture fut publiée en décembre 2022. Cet outil dédié à la population ainsi qu'aux employés présente une structure entièrement revisitée. Le nouveau site web permet d'accéder facilement aux informations souhaitées afin que chaque visite soit simple et exhaustive.

La plateforme comporte plusieurs nouveautés, dont une mise en page moderne et une section complètement repensée pour les employés, nommée le *Portail du personnel*. De nouvelles informations ont également été ajoutées au site afin de faciliter l'accès aux soins et services, notamment dans la section « Usagers et visiteurs » et dans les fiches d'installation. Ces dernières ont été bonifiées et incluent dorénavant les heures de visite et les frais de stationnement. Finalement, un onglet facilement repérable dans le menu principal concernant les services relatifs à la COVID-19 a été créé et y présente des informations synthétisées.

Encore cette année, le site web aura servi d'outil incontournable pour diffuser les dernières nouvelles concernant nos soins et services, l'actualité au sein de notre établissement, les campagnes ministérielles ainsi que les avancements de nos différents projets organisationnels. Les alternatives à l'urgence, les avancements des chantiers de nos nouvelles infrastructures et la continuité des services de vaccination et de dépistage contre la COVID-19 ont entre autres fait l'objet de campagnes sur la plateforme. D'ailleurs, l'intensité des efforts s'est prolongée en 2022-2023 afin de protéger la communauté de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal contre la COVID-19 à travers un éventail de services, de cliniques, de sites mobiles et temporaires. Le site web a permis de fournir à la population, l'information relative à ces initiatives déployées tout au long de l'année sur notre territoire.

Le site web aura finalement contribué à l'atteinte d'objectifs de recrutement, alors que le manque de personnel fut encore cette année, un enjeu vécu par notre établissement.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est également actif sur les médias sociaux pour :

- Informer rapidement la population sur des situations de crise ;
- Renseigner les citoyens sur les multiples services offerts par ses différentes installations ;
- Soutenir les activités de ses équipes, promouvoir le recrutement et favoriser la rétention ;
- Promouvoir la santé et partager des conseils santé ;
- Interagir avec la communauté et répondre aux préoccupations des citoyens.

Fait intéressant : Au total, plus de 600 publications ont été diffusées sur nos différents comptes et 8 campagnes publicitaires Facebook ont été déployées.

Voici un aperçu de nos activités sur les médias sociaux :

Facebook (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal)

- 721 nouveaux abonnés cette année, pour un total de 14 721
- 41 119 visites sur la page
- 417 037 comptes rejoints
- 324 publications

Instagram (ciusss.ouest.mtl)

- 221 nouveaux abonnés pour un total de 856 abonnés
- 1 472 visites uniques de profil
- 32 787 comptes rejoints
- 31 publications

Twitter (ciusss_ouestmtl)

- Perte de 125 abonnés*, pour un total de 5 718
- 9 publications
- 6510 impressions

À noter : les modifications de gestion et de fonctionnalités sur la plateforme ont pu influencer le nombre d'abonnés au cours de la dernière année.

LinkedIn (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal)

- 4 008 nouveaux abonnés cette année, pour un total de 20 901
- 9 757 visiteurs uniques
- 23 381 vues de la page
- 141 publications

Le CIUSSS diffuse également des messages sur ses 63 écrans dynamiques, situés dans 18 de nos installations. Ces outils de diffusion constituent aussi une source d'information précieuse autant pour la clientèle que la population. À noter que 2 nouveaux écrans se sont ajoutés aux outils de diffusion dans nos installations au cours du dernier exercice financier.

Pour répondre à un afflux exceptionnel d'appels durant la pandémie, une équipe a spécialement été formée pour répondre aux questions et préoccupations de la population. La ligne téléphonique et l'adresse courriel *info-CIUSSS*, permettent à notre établissement de répondre directement aux questions de la population et de les guider à travers nos services et nos installations. Les téléphonistes d'*info-CIUSSS*, soutiennent notamment les usagers dans le processus de prise de rendez-vous sur la plateforme clic santé. Au cours de la dernière année financière, la *ligne info-CIUSSS* (514 630-2123) aura permis de traiter pas moins de 36 725 appels et l'adresse courriel (informations.comtl@ssss.gouv.qc.ca), 1230 demandes.

En outre, la population est invitée à venir entendre les présentations des membres du conseil d'administration et à poser des questions lors des séances ordinaires du conseil. Cette invitation est faite au moyen d'avis publics publiés au moins 15 jours avant la date de la séance ordinaire. Les citoyens sont invités à y prendre part grâce à l'application Zoom. Cependant, pour des raisons de logistique, les questions doivent être soumises 48 heures avant la tenue de chacune des séances.

Par ailleurs, la population et les partenaires communautaires ont été invités virtuellement à prendre part à la Séance publique annuelle d'information, tenue le 23 novembre 2022, sous le thème « travaillons avec la population pour le bien-être de tous ». De plus, le président du conseil d'administration et la présidente-directrice générale par intérim ont participé à plusieurs rencontres avec les partenaires et les élus. Celles-ci ont permis de mieux informer la population sur les services à la population de notre territoire, et de recueillir les préoccupations. Cette alliance étroite des forces et des réseaux a permis d'en faire encore davantage pour les communautés. La communication est une priorité pour l'organisation.

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

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

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

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023)

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1686
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	7
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	132
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	*86
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs * 4 demandes provenant de 2021-2022	--50-- • 7 demandes dont l'utilisateur est devenu inapte en cours de processus; • 7 demandes ne satisfaisant pas à la condition de l'article 26.6 de la Loi; • 13 demandes dont l'utilisateur est décédé avant la fin du cheminement; • 8 demandes retirées par l'utilisateur; • 2 demandes dont l'utilisateur a été transféré vers un autre établissement; • 13 demandes ont été reçues (acceptées ou en attendant d'évaluation) mais non administrées à ce jour.

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

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

SECTION 7 – LES RESSOURCES HUMAINES

LE TABLEAU DES RESSOURCES HUMAINES

Répartition de l'effectif en 2022 par catégorie de personnel
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (1104-5168)

	Nombre d'emploi 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	3 090	143	3 233	2 454	83	2 536
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 996	173	4 169	3 226	111	3 337
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 578	243	1 821	1 335	161	1 496
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 199	95	2 294	1 832	67	1 898
5 – Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *	79	6	85	64	3	68
6 – Personnel d'encadrement	416	13	429	405	9	415
8 – Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	1	67	68	-	53	53
Total	11 359	740	12 099	9 316	486	9 802

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiiciens 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'équivalent 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.

MSSS-DGGMO - 2023-04-19
Source : Banque de données R25

LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (1104-5168)	Comparaison sur 364 jours pour 2022-2023		
	2022-03-27 au 2023-03-25		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 – Personnel d'encadrement	785 347	54 346	839 693
2 – Personnel professionnel	2 748 167	61 614	2 809 781
3 – Personnel infirmier	4 742 962	421 278	5 164 240
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	8 089 587	555 644	8 645 231
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 875 147	88 112	1 963 259
6 – Étudiants et stagiaires	28 547	280	28 827
Total 2022-2023	18 269 758	1 181 273	19 451 031
Total 2021-2022			19 413 597

Cible 2022-2023	19 335 620
Écart	(115 410)
Écart en %	(0,6 %)

SECTION 8 – LES RESSOURCES FINANCIÈRES

L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

DÉPENSES PAR PROGRAMMES – SERVICES

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	105 370 660	7,60 %	47 909 437	3,61 %	(57 461 223)	-54,53 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	34 084 180	2,46 %	40 897 647	3,08 %	6 813 467	19,99 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet hébergement	234 613 767	16,93 %	207 974 807	15,68 %	(26 638 960)	-11,35 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet soutien à domicile et autres	64 118 484	4,63 %	68 151 341	5,14 %	4 032 857	6,29 %
Déficiences physique	12 449 010	0,90 %	12 427 439	0,94 %	(21 571)	-0,17 %
Déficiences intellectuelle et TSA	72 428 376	5,23 %	72 475 218	5,46 %	46 842	0,06 %
Jeunes en difficultés	100 640 259	7,26 %	104 279 703	7,86 %	3 639 444	3,62 %
Dépandances	278 066	0,02 %	338 264	0,03 %	60 198	21,65 %
Santé mentale	139 990 672	10,10 %	135 397 602	10,21 %	(4 593 070)	-3,28 %
Santé physique	316 530 347	22,84 %	321 763 902	24,26 %	5 233 555	1,65 %
Programmes-soutien						
Administration	94 619 751	6,83 %	111 007 951	8,37 %	16 388 200	17,32 %
Soutien aux services	105 709 592	7,63 %	106 339 891	8,02 %	630 299	0,60 %
Gestion des bâtiments et des équipements	105 095 915	7,58 %	97 285 297	7,34 %	(7 810 618)	-7,43 %
Total	1 385 929 079	100 %	1 326 248 499	100 %	(59 680 580)	-4,31 %

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

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'exercice financier. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2023, l'établissement a respecté cette obligation légale.

LES CONTRATS DE SERVICE

Contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	34	2 291 086,00 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	230	105 948 745,29 \$
Total des contrats de service	264	108 239 831,29 \$

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

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

SECTION 9 – LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La direction des ressources informationnelles et du génie biomédical (DRIGBM) a pour objectif de jouer un rôle clé dans la sécurité de l'information de même que dans la modernisation technologique des équipements médicaux, des applications et des infrastructures technologiques. La direction a pour but d'apporter un soutien technique à l'ensemble des intervenants qui offrent des services à nos clientèles. Les prochaines lignes témoigneront de certains éléments clés sur lesquels les intervenants de la DRIGBM ont planché.

L'année 2022-2023 a été orientée sous le signe du rattrapage. La pandémie a eu un effet important sur l'évolution de projets qui étaient en cours ou qui devaient démarrer pendant cette période. Des efforts importants ont aussi été déployés pour donner une place prépondérante aux activités de sécurité de l'information. C'est plus de 10 millions de dollars qui ont été investis en technologie de l'information et plus de 8,5 millions de dollars en projets relevant du secteur du génie biomédical.

Des efforts constants pour offrir le support à la clientèle sont consentis. Notons que plus de 60 techniciens des services informatiques et du génie biomédical ont reçu plus de 67 000 demandes de support. Dans un contexte de ressources limitées, les équipes déploient l'ensemble des connaissances requises et des efforts pour entretenir l'infrastructure technologique, réparer ou remplacer les équipements dont les intervenants cliniques et administratifs se servent pour desservir l'ensemble des clientèles.

Le secteur des technologies de l'information (TI) représente un des piliers du plan santé du ministre Dubé. La modernisation technologique est le point central des efforts réalisés dans ce domaine. Parmi les objectifs recherchés, notons la réduction de la pression sur les ressources humaines de même que l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins et services. L'équipe de projets TI a déployé la dictée par reconnaissance vocale (680 000 \$) améliorant et rendant plus fluide les flux de travail. L'intégration des systèmes d'information de pharmacie a permis d'intégrer les activités pharmaceutiques du CIUSSS dans un seul système d'information (475 000 \$). Des sommes importantes ont été investies dans le remplacement de postes de travail, de serveurs et de composantes de réseautique (4 500 000 \$).

La qualité des soins et services et la sécurité de toutes les clientèles sont au cœur des opérations de la direction. Le déploiement d'équipements médicaux par l'équipe restreinte de gestion des projets du secteur du génie biomédical est névralgique pour combler cet objectif. Les résultantes des projets contribuent à la fluidité dans le traitement des patients. Pendant l'année, le service a acquis et déployé la technologie de laser Thulium qui a permis une qualité opératoire résultant en un rétablissement plus rapide des patients en urologie à l'Hôpital général du Lakeshore (HGL) (250 000 \$). Le remplacement de deux systèmes de vidéo laparoscopie à haute résolution (4k) a contribué à l'amélioration de la qualité d'opérations à l'Hôpital de LaSalle (290 000 \$). Soulignons aussi le rehaussement des plateformes technologiques qui a résulté en une amélioration de la qualité du diagnostic dans les services d'imagerie par résonnance magnétique de l'HGL et du Centre hospitalier de St. Mary (2 200 000 \$). Également, en amélioration continue de la qualité d'appareils diagnostiques disponibles pour l'ensemble de nos services d'imagerie médicale, la mise à jour du parc d'appareils d'ultrasons s'est concrétisée en des investissements de 840 000 \$. Au final, nous ne devons pas négliger les efforts pour moderniser nos parcs d'équipements médicaux pour le support des patients en unités de soins de courte et longue durée (2 500 000 \$).

Les organisations du réseau de la santé représentent une cible de choix pour les cyberattaques informatiques. De concert avec le ministère de la cyberdéfense et du numérique (MCN) de même que le centre opérationnel de cyberdéfense (COCD) du MSSS, la direction vise à sécuriser l'information sensible et à s'investir dans le respect des 15 mesures de sécurité. La gouvernance de l'équipe de sécurité a été bonifiée avec la mise sur pied d'une équipe de réponse rapide pour les événements de sécurité (SOC). Plusieurs initiatives visent à conserver la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité des informations. Le déploiement de nouveaux pare-feu (150 000 \$) de même que le remplacement et le rehaussement de 4 720 postes de travail (3 300 000 \$) ont permis de se doter de nouveaux standards de sécurité pour les utilisateurs. L'intégration de solutions d'antivirus sur les postes de travail et sur les serveurs a permis une plus grande robustesse. L'équipe procède aussi au balayage incessant des vulnérabilités internes et externes à notre réseau. La sécurité doit d'être une priorité pour l'ensemble des intervenants qui œuvrent au sein de l'organisation.

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

[illegible]

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

[illegible]

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

Contrôle informatisé- Il n'existe pas à l'intérieur des systèmes d'approvisionnement de contrôles informatisés permettant de respecter les niveaux de délégations autorisés par les politiques, règlements et directives de l'Établissement ni une reddition de compte automatique. La mise en place de ce type de contrôle permet de s'assurer que les contrôles opérationnels sont appliqués comme prévu et de donner une assurance sur le respect de la Politique de gestion contractuelle concernant la conclusion de contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction des organismes publics du réseau de la santé et des services sociaux. Sans les contrôles de suivi appropriés, les contrôles opérationnels tendent à devenir inefficaces au fil du temps.	2015-2016	0510 Observation	Notre projet portant sur l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement intégrera les améliorations visant à informatiser les contrôles d'autorisation. Ce projet a été déposé auprès de la DGTI du MSSS le 21 janvier 2021 et nous avons reçu le 3 juin 2022 une réponse favorable pour son financement. Le dossier d'affaire a été déposé en 2022-2023. L'autorisation de ce dossier d'affaires par le MSSS est préalable à l'exécution de ce projet.	0620 Non réglé
Détermination des obligations contractuelles- Présentation des obligations contractuelles liées aux ententes avec les RI et les RTF. La détermination des obligations contractuelles découlant des ententes avec les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF) découle actuellement d'un processus estimatif et peu précis.	2017-2018	0510 Observation	Au 31 mars 2023, les problèmes sont identifiés, mais l'implantation de mesures correctrices reste toujours à faire.	0610 Partiellement réglé
Gestion des mots de passe- Les paramètres de mots de passe doivent être améliorés pour AD Windows et GRH paie, le changement forcé du mot de passe après 365 jours.	2017-2018	0510 Observation	Non réglée en 2022-2023, mais les paramètres seront bientôt modifiés.	0620 Non réglé
Accès Pilotes- Au cours de nos procédures d'audit sur les accès informatiques,	2019-2020	0510	En cours de résolution : Des actions sont présentement	0620 Non réglé

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
nous avons constaté que plusieurs employés avaient des accès Pilotes au logiciel GRH. Un accès Pilote autorise l'employé à apporter des modifications à l'ensemble des paramètres du logiciel. De plus, aucun contrôle compensatoire n'est en place afin de détecter et d'autoriser les modifications. Ces modifications non autorisées pourraient résulter en anomalies significatives.		Observation	en cours pour la mise en place et le suivi des accès pilotes. La revue des profils d'accès a été entreprise et un plan d'implémentation de ces nouveaux profils souhaité est en cours d'établissement. De plus, un fichier de suivi des accès de la DRF a aussi été mis en place pour s'assurer que les employés disposent d'accès adéquats.	
Gestion des accès- Aucune révision formelle des accès n'a été réalisée pour l'ensemble des applications auditées.	2017-2018	0510 Observation	Réglée en 2022-2023. Les révisions périodiques sont effectuées de manière formelle. Une politique a été mise en place.	0600 Réglé
Surveillance - Accès informatique- Nous avons constaté que l'approche à l'égard de la surveillance des journaux est à améliorer.	2015-2016	0510 Observation	Une solution a été acquise en 2020-2021 mais n'a pas encore été déployée.	0610 Partiellement réglé
Déficiences TI relevées- Plan de relève TI : Nous avons constaté qu'il y a un plan de relève pour les applications financières. Cependant, ce plan devrait être testé plus fréquemment.	2015-2016	0510 Observation	Le plan de relève technologique a été mis en place. Il n'a toutefois pas été testé.	0610 Partiellement réglé

Rapport à la gouvernance

SECTION 11 – LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Le CIUSSS offre la possibilité à tous ses employés et fournisseurs, témoins ou informés d’une situation pouvant constituer un acte répréhensible, de communiquer leurs préoccupations au CIUSSS de façon anonyme et confidentielle par le biais d’une adresse courriel unique, un numéro de téléphone sans frais et une plateforme web. La politique sur la divulgation d’actes répréhensibles a été adoptée par le Conseil d’Administration depuis le 22 septembre 2022. Des présentations portant sur l’identification des risques de fraudes et sur la divulgation d’actes répréhensibles ont été menées au CIUSSS ODIM à travers différents comités par l’audit interne. Des dépliants et des affiches ont été distribués à travers les différents sites du CIUSSS pour aider les personnes visées à identifier les cas de fraudes et leur donner les informations nécessaires pour divulguer tout acte répréhensible dont ils ont connaissance ou qu’ils suspectent.

Il y a eu 7 actes répréhensibles divulgués dans notre établissement en 2022-2023.

Divulgation d’actes répréhensibles à l’égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations ¹	7	Sans objet	4
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	Sans objet	4	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin, en application du paragraphe 3 de l’article 22		3	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d’acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d’une telle loi	Sans objet	0	0
✓ Un manquement grave aux normes d’éthique et de déontologie		1	1
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d’un organisme public, y compris de ceux qu’il gère ou détient pour autrui		2	2
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d’un organisme public, y compris un abus d’autorité		0	0
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d’une personne ou à l’environnement		1	1
✓ Le fait d’ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	0
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l’objet d’une vérification par le responsable du suivi des divulgations		0	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	Sans objet	Sans objet	4
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c’est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l’article 23 ³	0	0	0

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l’État à des fins personnelles et qu’il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d’offre.

3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.

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



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

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

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

15 JUIN 2016

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	83
Section 1 - Dispositions générales	83
Section 2 - Principes d'éthique et règles de déontologie	86
Section 3 - Conflit d'intérêts	89
Section 4 - Application	90
Annexes	94
Annexe I - Engagement et affirmation du membre	95
Annexe II - Avis de bris du statut d'indépendance	96
Annexe III - Déclaration des intérêts du membre	97
Annexe IV - Déclaration des intérêts du président-directeur général	98
Annexe V - Déclaration de conflit d'intérêts	99
Annexe VI - Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	100
Annexe VII - Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	101

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques liées 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).
- Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c C-12.

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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 pros crit.

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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.

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

COORDONNÉES DU BUREAU D'ÉLECTION

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.		
En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.		
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ <i>[prénom et nom en lettres moulées]</i>, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du _____ due aux faits suivants : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
_____ Signature	_____ Date <i>[aaaa-mm-jj]</i>	_____ Lieu

ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction

Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____ <i>[prénom et nom en lettres moulées]</i>, membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Signature	Date <i>[aaaa-mm-jj]</i>	Lieu

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

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D’EXAMEN

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*,
affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit
dont j’aurai eu connaissance dans l’exercice de mes fonctions d’administrateur.

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

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

SIGNALEMENTS TRAITÉS DURANT L'ANNÉE

		2020-2021							2021-2022							2022-2023						
		0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%
Signalements non retenus	Fille	288	434	228	183	5	1 138	48,1%	303	535	398	288	0	1 524	51,3%	767	1 218	794	460	0	3 239	64,4%
	Garçon	329	505	234	139	9	1 216	51,4%	336	586	319	202	0	1 443	48,6%							
	Inconnu	3	7	0	0	0	10	0,4%	2	2	0	0	0	4	0,1%							
	Total	620	946	462	322	14	2 364	59,2%	641	1 123	717	490	0	2 971	64,0%							
Signalements retenus	Fille	252	311	150	82	5	800	49,2%	251	324	196	79	0	850	50,8%	522	743	384	139	0	1 788	35,6%
	Garçon	275	345	156	45	6	827	50,8%	284	362	124	53	0	823	49,2%							
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0,0%	1	0	0	0	0	1	0,1%							
	Total	527	656	306	127	11	1 627	40,8%	536	686	320	132	0	1 674	36,0%							
Signalements traités	Fille	540	745	378	265	10	1 938	48,6%	554	859	594	367	0	2 374	51,1%	1 289	1 961	1 178	599	0	5 027	100,0%
	Garçon	604	850	390	184	15	2 043	51,2%	620	948	443	255	0	2 266	48,8%							
	Inconnu	3	7	0	0	0	10	0,3%	3	2	0	0	0	5	0,1%							
	Total	1 147	1 602	768	449	25	3 991	100,0%	1 177	1 809	1 037	622	0	4 645	100,0%							

PROVENANCE DES SIGNALEMENTS TRAITÉS

		2020-2021				2021-2022				2022-2023			
Signalements		Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%
Milieu familial													
Parent		135	93	228	5,1%	147	65	212	4,0%	183	109	292	4,8%
Fratrie		33	43	76	1,7%	42	43	85	1,6%	24	29	53	0,9%
Enfant lui-même		4	5	9	0,2%	10	7	17	0,3%	6	13	19	0,3%
Conjoint du parent		9	7	16	0,4%	0	0	0	0,0%	5	10	15	0,2%
Total Milieu familial		181	148	329	7,3%	199	115	314	5,9%	218	161	379	6,2%
Employés des différents organismes													
Employé d'un CJ		0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
Employé d'un CSSS		0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
Employé d'un CH ou médecin		152	140	292	6,5%	174	127	301	5,7%	162	131	293	4,8%
Employé d'un milieu de garde		3	6	9	0,2%	18	3	21	0,4%	11	9	20	0,3%
Employé d'un organisme		342	356	698	15,5%	513	342	855	16,1%	484	368	852	14,1%
Famille d'accueil		1	3	4	0,1%	6	8	14	0,3%	6	0	6	0,1%
Autres professionnels		19	10	29	0,6%	35	13	48	0,9%	41	17	58	1,0%
Source inconnue													
Employé d'un CI		219	271	490	10,9%	253	226	479	9,0%	347	319	666	11,0%
Total Employés des différents organismes		736	786	1 522	33,9%	999	719	1 718	32,4%	1 051	844	1 895	31,3%
Milieu scolaire		515	308	823	18,3%	819	440	1 259	23,7%	925	493	1 418	23,4%
Milieu policier		973	560	1 533	34,1%	1 116	582	1 698	32,0%	1 345	674	2 019	33,3%
Communauté													
Voisins		144	97	241	5,4%	163	111	274	5,2%	190	111	301	5,0%
Autres personnes		35	13	48	1,1%	28	14	42	0,8%	39	13	52	0,9%
Total Communauté		179	110	289	6,4%	191	125	316	6,0%	229	124	353	5,8%
Total		2 584	1 912	4 496	100,0%	3 324	1 981	5 305	100,0%	3 768	2 296	6 064	100,0%

SIGNALEMENTS RETENUS PAR PROBLÉMATIQUE

Problématiques		2020-2021							2021-2022							2022-2023						
		0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Total	%		0-5	6-12	13-15	16-17	Total	%	
Abandon	Fille			1	1		2	40,0%				1	1	100,0%								
	Garçon	1	1	1			3	60,0%								2	3	1	2	8	0,45%	
	Inconnu																					
Total Abandon		1	1	2	1		5	0,3%				1	1	0,1%		2	3	1	2	8	0,45%	
Abus physique	Fille	26	66	26	11		129	45,7%	19	77	40	11	147	51,0%								
	Garçon	42	80	23	6	2	153	54,3%	39	79	17	6	141	49,0%		57	171	50	18	296	16,55%	
	Inconnu																					
Total Abus physique		68	146	49	17	2	282	17,3%	58	156	57	17	288	17,2%		57	171	50	18	296	16,55%	
Risque sérieux d'abus physique	Fille	17	18	3		1	39	47,0%	16	12	3		31	50,8%								
	Garçon	14	25	4	1		44	53,0%	11	17		2	30	49,2%		24	33	13	3	73	4,08%	
	Inconnu																					
Total Risque sérieux d'abus physique		31	43	7	1	1	83	5,1%	27	29	3	2	61	3,6%		24	33	13	3	73	4,08%	
Abus sexuel	Fille	8	28	25	13		74	75,5%	6	32	26	21	85	84,2%								
	Garçon	7	11	4	2		24	24,5%	4	7	5		16	15,8%		8	30	39	13	90	5,03%	
	Inconnu																					
Total Abus sexuel		15	39	29	15		98	6,0%	10	39	31	21	101	6,0%		8	30	39	13	90	5,03%	
Risque sérieux d'abus sexuel	Fille	12	20	5	5	2	44	45,8%	13	17	17	2	49	58,3%								
	Garçon	10	25	11	6		52	54,2%	10	15	7	2	34	40,5%		30	37	19	1	87	4,87%	
	Inconnu								1				1	1,2%								
Total Risque sérieux d'abus sexuel		22	45	16	11	2	96	5,9%	24	32	24	4	84	5,0%		30	37	19	1	87	4,87%	
Mauvais traitements psychologiques	Fille	85	90	32	21	2	230	53,5%	96	72	32	16	216	46,8%								
	Garçon	69	91	29	10	1	200	46,5%	103	101	31	11	246	53,2%		206	215	58	31	510	28,52%	
	Inconnu																					
Total Mauvais traitements psychologiques		154	181	61	31	3	430	26,4%	199	173	63	27	462	27,6%		206	215	58	31	510	28,52%	
Négligence	Fille	29	38	15	2		84	37,8%	36	48	19	7	110	46,6%								
	Garçon	48	58	26	6		138	62,2%	45	57	18	6	126	53,4%		54	140	67	9	270	15,10%	
	Inconnu																					
Total Négligence		77	96	41	8		222	13,6%	81	105	37	13	236	14,1%		54	140	67	9	270	15,10%	
Risque sérieux de négligence	Fille	75	44	24	3		146	47,4%	65	61	31	7	164	51,3%								
	Garçon	84	49	23	3	3	162	52,6%	72	61	15	8	156	48,8%		140	80	34	10	264	14,77%	
	Inconnu																					
Total Risque sérieux de négligence		159	93	47	6	3	308	18,9%	137	122	46	15	320	19,1%		140	80	34	10	264	14,77%	
Troubles de comportement sérieux	Fille		7	19	26		52	50,5%		5	28	14	47	38,8%								
	Garçon		5	35	11		51	49,5%		25	31	18	74	61,2%		1	34	103	52	190	10,63%	
	Inconnu																					
Total Troubles de comportement sérieux			12	54	37		103	6,3%		30	59	32	121	7,2%		1	34	103	52	190	10,63%	
Total	Fille	252	311	150	82	5	800	49,2%	251	324	196	79	850	50,8%								
	Garçon	275	345	156	45	6	827	50,8%	284	362	124	53	823	49,2%		522	743	384	139	1788	100,00%	
	Inconnu								1				1	0,1%								
TOTAL		527	656	306	127	11	1627	100%	536	686	320	132	1674	100%		522	743	384	139	1788	100%	

MILIEU DE VIE DES ENFANTS DONT LA SITUATION EST PRISE EN CHARGE PAR LE DPJ

Milieux de vie	Au 31 mars 2023						
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%
Suivi dans le milieu familial	127	201	68	47	0	443	40,1%
Confié à un tiers significatif	55	70	30	23	0	178	16,1%
Ressource type familial	97	158	62	46	0	363	32,9%
CR et RI	0	23	45	51	0	119	10,8%
Autres ressources	0	0	0	1	0	1	0,1%
Indéterminés	0	0	0	0	0	0	0,0%
Total	279	452	205	168	0	1 104	100,0%

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

	2020-2021						2021-2022						2022-2023					
	12-13	14-15	16-17	18 et +	Total	%	12-13	14-15	16-17	18 et +	Total	%	12-13	14-15	16-17	18 et +	Total	%
Filles	0	2	9	4	15	19%	1	3	4	3	11	15%	2	9	8	2	21	21%
Garçons	2	32	23	8	65	81%	8	24	21	9	62	85%	5	16	36	20	77	79%
Total	2	34	32	12	80	100%	9	27	25	12	73	100%	7	25	44	22	98	100%

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2022-2023

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

2400, boulevard des Sources

Pointe-Claire (Québec)

H9R 0E9

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

Québec 