

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2023 - 2024

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

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

3755 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1E2
www.ciusscentreouest.ca

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

Directrice de projet:

Erin Cook, Directrice de la Qualité, Transformation, Évaluation, Valorisation, Éthique clinique et organisationnelle et Soins virtuels

Coordination et rédaction:

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

Conception graphique et infographie:

Gary Atlass, Services des communications, Direction des Affaires juridiques, Communications et Relations médias

4^e de couverture :

Service des communications et relations médias,
Direction des Affaires juridiques, Communications et Relations médias

Centre intégré universitaire de santé et
de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2024).

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| LE CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL – EN BREF | 7 |
| LISTE DES ACRONYMES | 10 |
| LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION | 12 |
| 1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS | 17 |
| 2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS | 18 |
| 3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS | 19 |
| 3.1 L'ÉTABLISSEMENT | 19 |
| 3.1.1 LA MISSION DU CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE DE-MONTRÉAL | 19 |
| 3.1.2 LES VALEURS DU CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE DE-MONTRÉAL | 19 |
| 3.1.3 LES PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS | 20 |
| 3.1.4 NOS INSTALLATIONS ET LEURS DÉSIGNATIONS | 20 |
| 3.1.5 LA VOCATION SUPRA RÉGIONALE ET SUPRA TERRITORIALE | 21 |
| 3.1.6 L'ORGANIGRAMME DU CIUSSS AU 31 MARS 2024 | 22 |
| 3.2 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS, LES INSTANCES CONSULTATIVES | 24 |
| 3.2.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION | 24 |
| 3.2.2 LES COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES | 26 |
| 3.3 LES FAITS SAILLANTS | 30 |
| 3.3.1 NOUVELLES OFFRES DE SERVICES DÉVELOPPÉES | 30 |
| 3.3.2 REHAUSSEMENT D'OFFRES DE SERVICES EXISTANTES | 32 |
| 3.3.3 FLUIDITÉ DES TRAJECTOIRES | 35 |
| 3.3.4 INITIATIVE "VOS SOINS PARTOUT" ET SOINS VIRTUELS | 38 |
| 3.3.5 NOS EMPLOYÉS ET STAGIAIRES | 40 |
| 3.3.6 DYNAMISME DE NOS CENTRES ET INSTITUTS DE RECHERCHE | 42 |
| 3.3.7 DISTINCTIONS ET RAYONNEMENT | 44 |

| | |
|---|-----------|
| 4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ | 46 |
| 4.1 ENGAGEMENTS ANNUELS | 46 |
| 5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ | 54 |
| 5.1 L'AGRÉMENT ET LA CERTIFICATION | 54 |
| 5.2 LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES | 55 |
| 5.3 LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION SELON LA MISSION | 64 |
| 5.4 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS | 64 |
| 5.5 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION | 64 |
| 6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE | 68 |
| 7. LES RESSOURCES FINANCIÈRES | 69 |
| 7.1 UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME | 69 |
| 7.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE | 70 |
| 7.3 LES CONTRATS DE SERVICES | 70 |
| 8. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES | 71 |
| 9. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES | 73 |
| 10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES | 73 |
| ANNEXE : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS | 77 |

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

En bref

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



HÉBERGEMENT

- Centre Gériatrique Maimonides Donald Berman
- CHSLD juif Donald Berman
- Centre d'hébergement Saint-Andrew
- Centre d'hébergement Saint-Margaret
- Centre d'hébergement Henri-Bradet
- Centre d'hébergement Father-Dowd
- Hôpital Mont-Sinaï



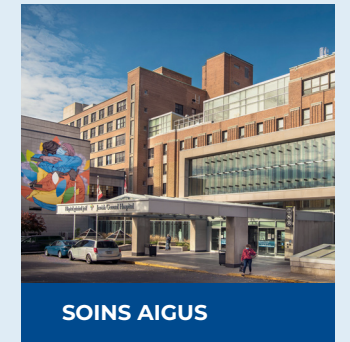
RÉADAPTATION

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



CLSC

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



SOINS AIGUS

- Hôpital général juif



LE TERRITOIRE DU CIUSSS :

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

LA POPULATION DE NOTRE TERRITOIRE :

Environ 380 100 personnes résident sur notre territoire :

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

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

NOS EMPLOYÉS ET NOS MÉDECINS :

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

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

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

LES RESSOURCES DE NOTRE CIUSSS ET LES RESSOURCES DU TERRITOIRE :

Les installations de notre CIUSSS :

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

Plus d'une centaine de cliniques médicales de médecine générale se trouvent sur notre territoire, dont 19 GMF. Parmi ces 19 GMF, nous trouvons 5 GMF Universitaires et 5 GMF Accès-Réseau avec services de prélèvements et d'imagerie médicale.

NOS CENTRES DE RECHERCHE RENOMMÉS :

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

LISTE DES ACRONYMES

AAPA : Approche adaptée à la personne âgée

ACQ : Amélioration continue de la qualité

ASSS : Auxiliaires aux services de santé et sociaux

CAU : Centre affilié universitaire

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

CH : Centre hospitalier

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

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

DEIA : Diversité, équité, inclusion et appartenance

DQTEVE et SV : Direction de la Qualité, Transformation, Évaluation, Valorisation, Éthique clinique et organisationnelle et des Soins virtuels

DMS : Durée moyenne de séjour

DRMG : Département régional de médecine générale

EGI : Entente de gestion et d'imputabilité

ENA : Environnement numérique d'apprentissage

ETC : Équivalent temps complet

GAMF : Guichet d'accès à un médecin de famille

GAP : Guichet d'accès à la première ligne

GMF : Groupe de médecine de famille

IPS : Infirmier praticien spécialisé / Infirmière praticienne spécialisée

IU : Institut universitaire

MIFI : Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration

MOI : Main d'œuvre indépendante

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NSA : Niveaux de soins alternatifs

PAB : Préposé aux bénéficiaires

PAE : Plan d'aide aux employés

POR : Pratique organisationnelle requise

PPCC : Planification précoce et conjointe de congé

PRAIDA : Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile

PSL : Point de services local

RI : Ressource intermédiaire

RNI : Ressource non institutionnelle

RPA : Ressource pour aînés

RTF : Ressource de type familial

SAD : Soutien à domicile

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

TSO : Temps supplémentaire obligatoire

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION



Alan Maislin



Samuel Minzberg



Lawrence Rosenberg



Gail Adelson



Marc Afilalo



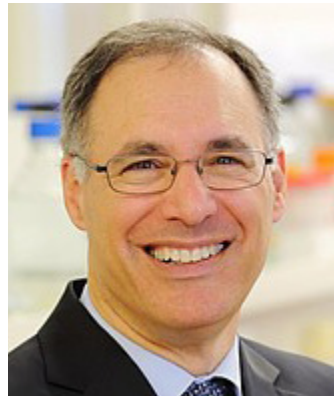
Richard Bond



Diana Dima



Lucio D'Intino



David Eidelman



Lesley Kathleen Fellows



Christine Florakas



Andréanne Guindon



Lucyna M. Lach



Nona Moscovitz



Donald S. Prinsky



Julie Roy



Allen F. Rubin



Ronald Waxman



Gary Wechsler



Mordecai Yalovksy

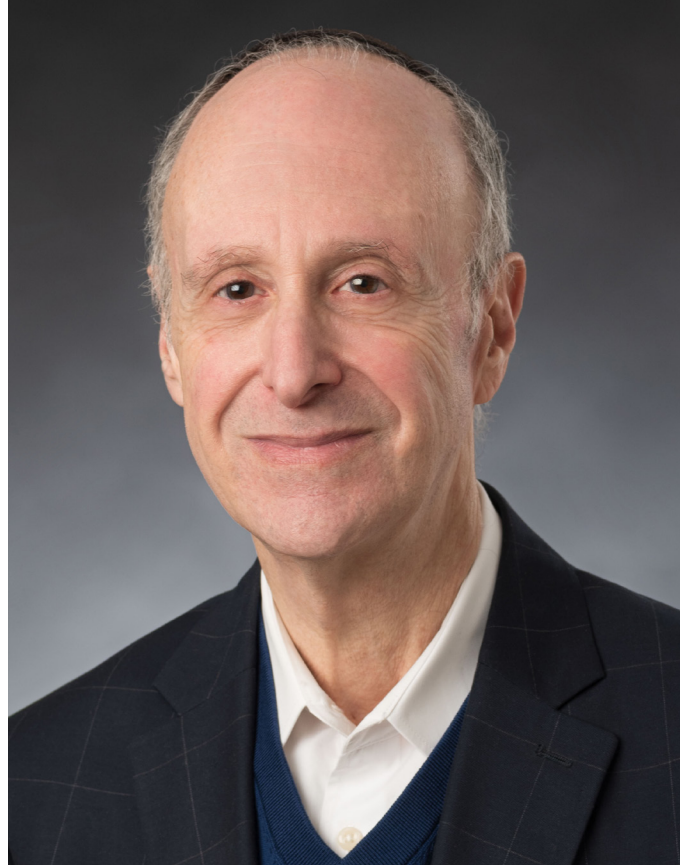


Alyssa Yufe

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2023 - 2024



ALAN MAISLIN
Président du conseil d'administration



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

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

L'année 2023-2024 est marquée sous le signe de l'excellence dans notre CIUSSS, avec de très nombreux prix et distinctions attribués par des organismes renommés à nos différentes équipes, que ce soit à un niveau régional, provincial, national ou international. Ces accomplissements, que vous pourrez consulter à la section des "Faits saillants", témoignent de la vitalité, du dynamisme, de la créativité, de la volonté d'innover et surtout, du désir profond d'améliorer en continu les soins et les services offerts à nos usagers.

Changer ses façons de faire n'est pas évident. Il faut accepter de se remettre en question, de travailler différemment et de construire quelque chose de nouveau. Cela prend beaucoup de travail, exige du courage et demande une motivation à toute épreuve. Cela demande aussi de savoir s'adapter, se repositionner, de rester ouvert et flexible. Il faut également accepter d'être évalué et comparé aux programmes et établissements les plus performants au niveau mondial.

Il faut aussi être en mesure d'accepter l'échec, ou un résultat moins bon qu'anticipé, et être capable d'en tirer des apprentissages et de les mettre à profit par la suite.

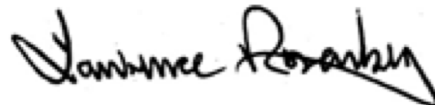
La persévérance est cruciale dans les projets novateurs, afin de garder le cap malgré les enjeux actuels liés à la pénurie de main d'œuvre, au volet financier et à la pression mise sur les activités quotidiennes par le vieillissement de la population et l'augmentation de la volumétrie dans tous les secteurs de soins.

Être innovant est à ce prix, et c'est pourquoi nous sommes tellement fiers de nos équipes qui, quelle que soit leur direction d'appartenance, nous démontrent jour après jour qu'elles possèdent toutes ces qualités.

À vous toutes et tous, nous souhaitons vous témoigner de notre admiration et de notre gratitude pour l'excellence de votre travail, jour après jour.



Alan Maislin
Président du conseil d'administration



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

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


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

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2023-2024 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2024.



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

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

3.1 L'ÉTABLISSEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. DES SOINS ET DES SERVICES DE QUALITÉ SUPÉRIEURE

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

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

2. COMPASSION, DIGNITÉ ET RESPECT*

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

Notre but est de fournir aux usagers une expérience exceptionnelle.

3. SÉCURITÉ

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

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

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

4. TRAVAIL D'ÉQUIPE

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

5. CONNAISSANCES ET INNOVATION

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

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

3.1.3 LES PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS

À L'HÔPITAL :

- Services diagnostiques et soins médicaux généraux et spécialisés.

EN CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC) :

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

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

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

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

EN CENTRE DE RÉADAPTATION :

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

3.1.4 NOS INSTALLATIONS ET LEURS DÉSIGNATIONS

- **CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE (CHAU)**
 - o Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis
- **CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE (CAU)**
 - o Centre d'hébergement Father Dowd
 - o Centre d'hébergement Henri-Bradet
 - o Centre d'hébergement Saint-Andrew
 - o Centre d'hébergement Saint-Margaret
 - o CLSC de Benny Farm
 - o CLSC René-Cassin
 - o Hôpital Catherine Booth
 - o Hôpital Richardson

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

- **HÔPITAL D'ENSEIGNEMENT AFFILIÉ**

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

- **AUCUNE DÉSIGNATION**

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

- **PROCHES COLLABORATEURS**

- o **Ressources d'hébergement**

- Manoir Renaissance
- Ressource intermédiaire Le Glenmount
- Ressource intermédiaire Lev-Tov
- Ressource intermédiaire de la Montagne
- RPA et RTF de notre territoire

- o **Les Maisons Bleues**

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

3.1.5 LA VOCATION SUPRA RÉGIONALE ET SUPRA TERRITORIALE

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

- **VOLETS CLINIQUES :**

- o Oncologie
- o Obstétrique et gynécologie : gynéco-oncologie, grossesses à risque élevé

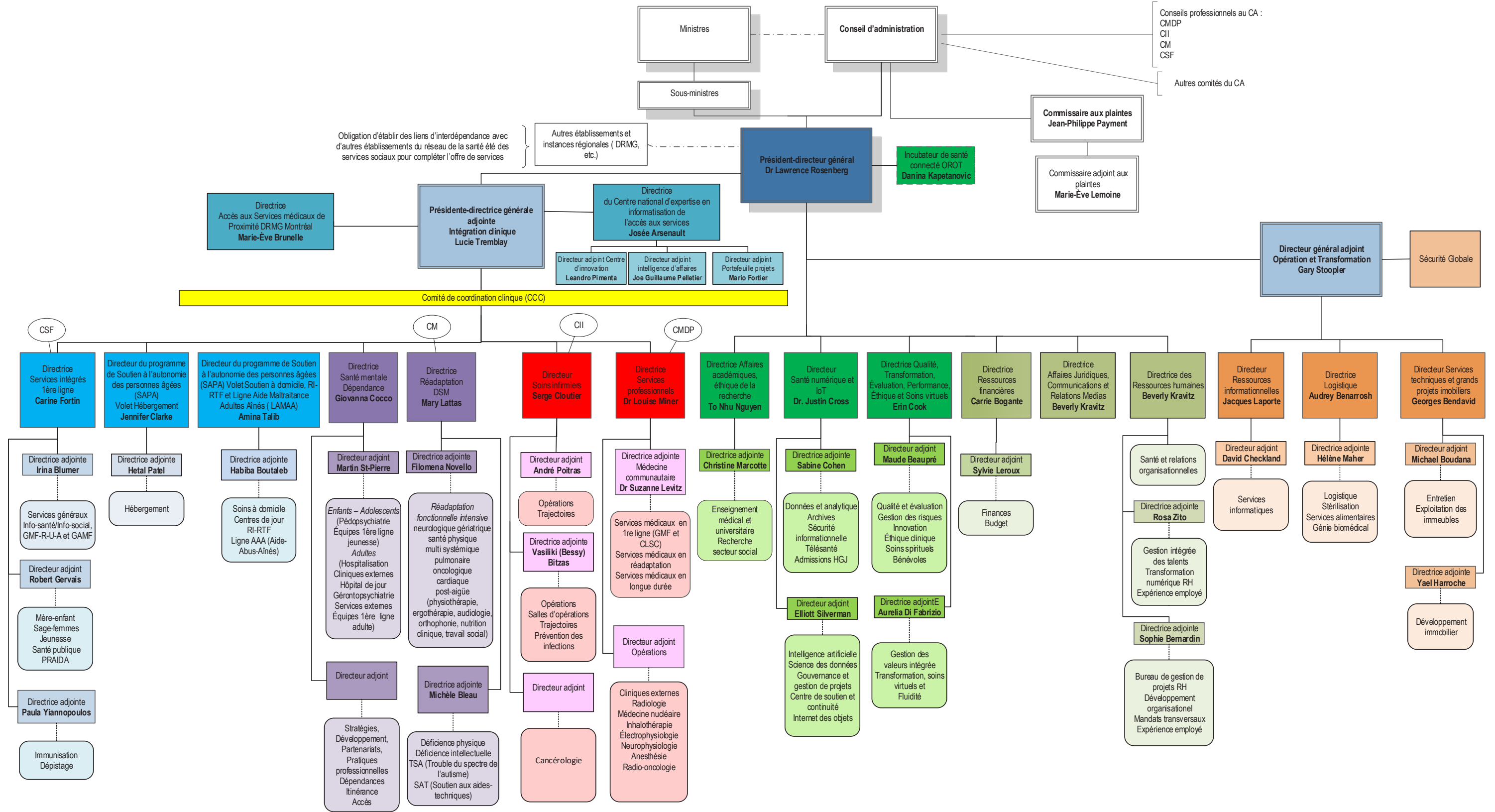
- o Néonatalogie
- o Urologie : uro-oncologie, centre de référence désigné pour la prise en charge de l'incontinence urinaire chez la femme et des complications associées à la pose de bandelettes urinaires.
- o Hématologie : clinique de maladie de Gaucher adulte
- o Infectiologie : clinique de tuberculose, clinique de covid-19 longue, clinique de maladie de Lyme chronique
- o Chirurgie : cardiaque, hépatobiliaire, colorectale, vasculaire, cervico-faciale due à un cancer
- o Cardiologie : hypertension artérielle pulmonaire
- o Clinique de la mémoire
- o Clinique des Maladies pulmonaires obstructives chroniques (télé-santé)
- o Programmation et réadaptation en implant cochléaire
- o Services de réadaptation en déficience auditive
- o Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés(LAMAA)
- o Équipe d'intervention anti-radicalisation

GROUPES DE LA POPULATION:

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

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal est désigné pour offrir des services en anglais conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et à la Charte de la langue française. Considérant cette désignation, les employés en contact avec les usagers doivent avoir une connaissance suffisante du français et de l'anglais, le cas échéant, pour accomplir leurs tâches et répondre aux besoins des usagers.

3.1.6 L'ORGANIGRAMME DU CIUSSS AU 31 MARS 2024



La responsabilité première de la QUALITÉ DE LA PRATIQUE CLINIQUE est à la DSP (médecins généralistes et spécialistes), la DSI (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés) et la DSM (autres professionnels)

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

Bleu et rouge – Services cliniques conformes au 1er organigramme
 Mauve – Intégration de services en fonction du modèle de trajectoires
 Vert – Directions qui relèvent directement du PDG
 Orange – Directions de soutien

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

3.2.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Liste des membres :

| NOM | COLLÈGES ÉLECTORAUX | POSTE |
|-----------------------------|--|-----------------|
| M. Alan Maislin | Membre indépendant (Président du CA) Réadaptation | Président |
| M. Samuel Minzberg | Membre indépendant (Vice-président du CA) Gouvernance ou éthique | Vice-président |
| Dr Lawrence Rosenberg | Président-directeur général | Secrétaire |
| Mme Gail Adelson | Nomination Universités affiliées | Administratrice |
| Dr Marc Afilalo | Désignation Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens | Administrateur |
| M. Richard Bond | Membre observateur Fondations | Administrateur |
| Mme Diana Dima | Désignation Conseil des infirmières et infirmiers | Administrateur |
| M. Lucio D'Intino | Désignation (jusqu'au 15 juin 2023) Comité des usagers | Administrateur |
| Dr David Eidelman | Nomination (jusqu'au 29 juin 2023) Universités affiliées | Administrateur |
| Dre Lesley Kathleen Fellows | Nomination (depuis le 17 août 2023) Universités affiliées | Administrateur |
| Dre Christine Florakas | Désignation Département régional de médecine générale | Administratrice |
| Mme Andréanne Guindon | Désignation Conseil multidisciplinaire | Administratrice |
| Mme Lucyna Lach | Membre indépendant Réadaptation | Administratrice |
| Mme Nona Moscovitz | Membre indépendant Santé mentale | Administratrice |
| M. Donald S. Prinsky | Nomination Protection de la jeunesse | Administrateur |

| | | |
|----------------------|---|-----------------|
| Mme Julie Roy | Désignation Comité régional sur les services pharmaceutiques | Administratrice |
| M. Allen F. Rubin | Membre indépendant Ressources immobilières, informationnelles ou humaines | Administrateur |
| M. Ronald Waxman | Membre indépendant Vérification, performance ou gestion de la qualité | Administrateur |
| M. Gary Wechsler | Membre indépendant Risques, finances et comptabilité | Administrateur |
| M. Mordecai Yalovsky | Membre indépendant Organismes communautaires | Administrateur |
| Mme Alyssa Yufe | Membre indépendant Usager des services sociaux | Administratrice |

BILAN DES ACTIVITÉS :

| | |
|---|-----|
| SÉANCES ORDINAIRES | 6 |
| SÉANCES SPÉCIALES | 6 |
| SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE D'INFORMATION | 1 |
| ATELIER DE FORMATION | 0 |
| RÉSOLUTIONS ADOPTÉES | 236 |

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

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

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

3.2.2 COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

Les comités du conseil d'administration :

| COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE (coordination par le Bureau du président-directeur général) | 6 séances |
|--|-----------|
| M. Samuel Minzberg | Président |
| Mme Gail Adelson | Membre |
| M. Alan Maislin | Membre |
| M. Mordecai Yalovsky | Membre |
| Mme Alyssa Yufe | Membre |

| COMITÉ DE VÉRIFICATION (coordination par la Direction des Ressources financières) | 7 séances |
|---|-----------------|
| M. Mordecai Yalovsky | Président |
| M. Gary Wechsler | Membre |
| M. Ronald Waxman | Membre |
| Mme Alyssa Yufe | Membre |
| M. Alan Maislin | Membre d'office |
| M. Don Prinsky | Membre |

| COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (coordination par le bureau du directeur-général adjoint de la qualité, évaluation, performance et éthique clinique) | 6 séances |
|---|------------|
| Mme Lucyna Lach (présidente) | Présidente |
| M. Lucio D'Intino (jusqu'en juin 2023) | Membre |
| Mme Nona Moscovitz | Membre |
| M. Jean-Philippe Payment | Membre |
| Mme Toby Benlolo (depuis le 22 août 2023) | Membre |
| Dr Lawrence Rosenberg | Membre |
| Mme Joanne Côté (jusqu'au 12 juin 2023) | Secrétaire |
| Mme Erin Cook (depuis le 11 septembre 2023) | Secrétaire |

| COMITÉ DE RÉVISION (coordination par le Bureau du président-directeur général) | 29 séances |
|--|---------------------|
| Mme Alyssa Yufe | Présidente |
| M. Ron Waxman | Président substitut |
| Dre Sylvie Boulet | Membre |
| Dre Judy Glass | Membre |
| Dr Samuel Marmane | Membre substitut |
| Dr Dan Liberman | Membre substitut |
| Dr David Small (depuis le 4 mai 2023) | Membre substitut |
| Dr Didier Serero (depuis le 4 mai 2023) | Membre substitut |
| Dr Jeffrey Minuk (depuis le 4 mai 2023) | Membre substitut |

Les comités consultatifs :

| COMITÉ CONSULTATIF DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF | |
|---|--------------|
| M. Eric Maldoff | Co-président |
| M. Edward Wiltzer | Co-président |
| Mme Heather Adelson | Membre |
| Mme Lindsay Hollinger | Membre |
| M. Gerald Issenman | Membre |
| M. Howard Liebman | Membre |
| Dr Karen Sigman | Membre |

| COMITÉ CONSULTATIF DE L'HÔPITAL MONT-SINAÏ | |
|---|---------------|
| Mme Alana Greenberg | Membre |
| M. Elliot Bier | Co-président |
| Mme Amanda Blatt | Membre |
| Mme Louise Hébert-Lalonde | Co-présidente |
| M. Leon Krolik | Membre |
| Mme Pamela Litwin-Boidman | Membre |
| Dr Michael Kalin | Membre |

| COMITÉ CONSULTATIF DU CHSLD JUIF DONALD BERMAN | |
|---|------------|
| Mme Barbra Gold | Présidente |
| Dre Adriana Decker | Membre |
| M. Len Lewkowict | Membre |
| M. Bram Freedman | Membre |
| M. Michael Corber | Membre |
| M. Mitch Kendall | Membre |
| Mme Lili Yesovitch | Membre |

| COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE GÉRIATRIQUE MAIMONIDES DONALD BERMAN | |
|--|-----------|
| M. Murray Goodz | Président |
| M. Danny Baum | Membre |
| M. Bradley Steinmetz | Membre |
| M. Syd Gartner | Membre |
| Mme Angela D'Angelo | Membre |
| Mme Karen Flam | Membre |
| Mme Randi Gitnick | Membre |

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

| COMITÉ CONSULTATIF DU CENTRE DE RÉADAPTATION LETHBRIDGE-LAYTON-MACKAY | |
|--|------------|
| Mme Sara Saber-Freedman | Présidente |
| Mme Caroline Storr-Ordolis | Membre |
| M. Richard Bond | Membre |
| Mme Enza deCubellis | Membre |
| M. Paul Gareau | Membre |
| Mme Randy Robins | Membre |
| Mme Diane States | Membre |

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

- Comité des usagers – Président M. Lucio D’Intino (démission le 16 juin 2023), Présidente Mme Anaïk Bernèche (du 9 août 2023 au 6 décembre 2023), Co-présidentes Mme Andrea Johnson et Mme Miriam Mamane (à partir du 23 janvier 2024)
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens – Président Dr Mark Karanofsky
- Conseil des infirmières et infirmiers – Présidente Mme Elisabeth Laughrea
- Comité multidisciplinaire – Présidente Mme Suzanne Leroux
- Conseil des sages-femmes – Présidente Mme Marie-Hélène Théberge
- Comité de qualité et gestion des risques – Présidente Mme Maude Beaupré
- Table locale Côte-Saint-Luc – NDG – Montréal-Ouest du Département régional de médecine générale (DRMG) – Chef de la table locale Dr Michael Kalin
- Table locale Côte-des-Neiges – Métro – Parc-Extension du Département régional de médecine générale (DRMG) – Cheffe de la table locale Dre Amélie Desjardins-Tessier

3.3 LES FAITS SAILLANTS

3.3.1 NOUVELLES OFFRES DE SERVICES DÉVELOPPÉES

CLINIQUE AZRIELI POUR LA COMMUNAUTÉ NEURODIVERGENTE

La clinique Azrieli pour la communauté neurodivergente a ouvert ses portes en décembre 2023, au CLSC René-Cassin. Cette clinique permet d'offrir des soins médicaux et dentaires aux personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). L'équipe multidisciplinaire est composée de professionnels médicaux, paramédicaux et dentaires spécifiquement formés pour répondre aux besoins de cette communauté. De plus, l'organisation physique de l'espace (salle de Snoezelen, éclairage réglable, etc.), ainsi que l'organisation du travail (rendez-vous plus longs, matériel didactique, etc.) sont adaptées afin de recevoir ces usagers dans les meilleures conditions possibles. Depuis son ouverture, ce sont plus de 70 usagers qui ont bénéficié de soins médicaux ou dentaires.

POINTS DE SERVICES LOCAUX

Pérennisation de nos 2 Points de services locaux (PSL) de Côte-St-Luc et Parc-Extension, qui offrent des services de vaccination de masse (covid-19, influenza, zona), des services réguliers de vaccination (rougeole, varicelle, variole simienne, diphtérie-tétanos, etc.), des services de dépistage (cancer colorectal et streptocoque A) et des services de prélèvements (urines, selles, prises de sang).

Au total, 80 993 doses de vaccins ont été administrées dans nos 2 Points de services locaux au cours de l'année 2023-2024, assurant une accessibilité importante à la population. Depuis décembre 2023, nous offrons la détection et le traitement du streptocoque du groupe A. Ce programme de dépistage est gratuit et accessible à l'ensemble de la population de trois ans et plus, présentant un

mal de gorge comme symptôme. Parmi les 224 usagers évalués entre décembre 2023 et mars 2024, 64 % ont été dépistés. Parmi ceux dépistés, 44 % étaient positifs (soit 62 cas positifs) et ont été traités grâce à la création d'une ordonnance collective. Cet ajout à nos offres de services a permis de rediriger les patients positifs vers les pharmacies, réduisant ainsi les effets de la maladie chez l'utilisateur ainsi que le recours aux services médicaux et aux salles d'urgences.

Depuis octobre 2023, nous proposons le dépistage du cancer colorectal. Cette offre de services vise à dépister plus précocement, plus d'individus atteints d'un cancer colorectal, tout en offrant un test de dépistage non invasif, rapide et indolore. Parmi les 1 753 usagers évalués entre octobre 2023 et mars 2024, 730 personnes ont été dépistées, et 16 cas ont été positifs. Les cas positifs ont été orientés pour effectuer une coloscopie selon les trajectoires établies.

En octobre 2023, le PSL Côte-St-Luc a actualisé une offre de services en prélèvements en offrant une capacité d'accueil supplémentaire de 350 rendez-vous par semaine. Depuis octobre 2023, 7 955 rendez-vous pour des prélèvements ont été tenus. 66 % des usagers du service de prélèvements résident sur le territoire de notre CIUSSS.

RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DU SYNDROME D'EHLERS-DANLOS

Le syndrome d'Ehlers-Danlos est une maladie héréditaire rare du tissu conjonctif, qui aboutit à une souplesse anormale des articulations, une peau très élastique et des tissus fragilisés. Ce syndrome est provoqué par une anomalie de l'un des divers gènes qui contrôlent la production de tissu conjonctif. Dans le cadre du programme de maladies neuromusculaires, une offre de services en

rééducation périnéale et pelvienne a été mise sur pied pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle. Au total, 13 personnes ont reçu des services.

GUICHET D'INVESTIGATION EN CANCÉROLOGIE

Le guichet d'investigation en cancérologie a été mis en place pour les trajectoires du cancer du poumon et du sein. Depuis son lancement le 30 juin 2023, 755 patients ont bénéficié d'une investigation plus rapide et coordonnée. Pour le cancer du sein, le délai pour l'investigation est passé de 94 jours à 73 jours depuis la mise en place de ce service.

UNITÉ D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE

Une offre de services en ergothérapie a été développée au sein de l'équipe de l'unité d'évaluation gériatrique de l'Hôpital général juif. Les interventions suivantes sont maintenant offertes :

- Évaluation des capacités physiques, cognitives et affectives qui peuvent avoir un impact sur l'autonomie et la sécurité dans les activités de la vie quotidienne ;
- Enseignement de stratégies de prévention des chutes et de techniques de conservation de l'énergie adaptées pour chaque usager ;
- Recommandations concernant les stratégies générales qui augmentent la facilité, la sécurité et l'autonomie dans les tâches quotidiennes, l'utilisation des aides techniques et les modifications ou stratégies compensatoires. Ces actions sont menées en partenariat avec le CLSC et la communauté pour un transfert sécuritaire vers le milieu de vie de la personne âgée.

PROGRAMME DE RÉALITÉ VIRTUELLE EN CHSLD

Un programme de réalité virtuelle a été mis en place au CHSLD Donald Berman Maimonides, permettant aux résidents de vivre une expérience immersive grâce à des casques de réalité virtuelle.

Les objectifs thérapeutiques sont de favoriser la stimulation sensorielle et cognitive (visuelle et sonore), de promouvoir les possibilités de mouvement physique, et d'améliorer le bien-être général et la qualité de vie des résidents vivant dans les établissements de soins de longue durée.

Les résidents ont accès aux casques de réalité virtuelle dans le cadre de programmes individuels et en petits groupes, accompagnés d'un membre de l'équipe des loisirs. Ce programme est actuellement en déploiement au CHSLD juif Donald Berman.

PROGRAMME "MOTS D'ENFANTS" EN CLSC

Le programme "Mots d'enfants", axé sur la stimulation précoce du langage et l'intervention auprès des enfants présentant des troubles développementaux du langage, a été lancé dans nos CLSC. L'objectif est d'améliorer l'accès aux services de stimulation de langage. Le programme a bénéficié à un total de 37 familles, ayant suivi différents modules de formation.

L'ÉQUIPE ABC - ACCOMPAGNEMENT BREF DANS LA COMMUNAUTÉ

L'équipe ABC vise à fournir un accès dans la communauté aux personnes en crise afin de résorber la crise, établir un filet de sécurité pour la personne et, si nécessaire, assurer un relais vers d'autres services. Parce que les

services sont rendus dans la communauté, l'équipe ABC permet d'éviter une rupture avec le milieu de vie de la personne. Nos services fournissent un suivi rapide, soit dans les 24 à 48 heures, bref et modulé selon les besoins de la personne, variant entre 1 à 6 semaines. Depuis le 25 septembre 2023, ce sont 134 usagers qui ont bénéficié des services de cette équipe.

L'équipe ABC est également présente à l'urgence de l'Hôpital général juif, afin d'identifier les usagers pour lesquels un suivi dans la communauté pourrait être offert.

AIRE OUVERTE 12-25 ANS

Nous avons ouvert notre premier site sur l'avenue de Côte-des-Neiges dans le courant de l'année, et des travaux sont en cours afin d'ouvrir d'autres sites sur notre territoire. Aire ouverte est un lieu où les jeunes de 12 à 25 ans peuvent bénéficier de différents services relatifs à leur santé physique, leur bien-être, leurs émotions et leur santé mentale. Des professionnels, incluant une infirmière et une travailleuse sociale, sont sur place et peuvent répondre à leurs questions ou les aider à trouver les services qui répondent à leurs besoins. Ces services sont gratuits, confidentiels et offerts selon un horaire flexible, avec ou sans rendez-vous.

EN PARTENARIAT

Maison Intelligente : En partenariat avec la fondation Les Petits Rois, nous avons collaboré à la réalisation d'un projet d'hébergement innovant : La Maison Intelligente. Il s'agit d'un milieu de vie destiné aux jeunes de 21 à 35 ans présentant une déficience intellectuelle avec ou sans trouble du spectre de l'autisme, qui utilise la technologie et la domotique afin de permettre aux résidents d'augmenter leur autonomie et leur apprentissage. Les 8 résidents peuvent ainsi bénéficier d'une vaste gamme de solutions technologiques innovantes soutenant leur

autonomie en milieu résidentiel.

Centre de pédiatrie sociale : Nos équipes ont accompagné la création d'un nouveau Centre de pédiatrie sociale dans la communauté de Parc-Extension.

GMF : Au GMF Côte-des-Neiges / Outremont, une clinique podologique a été implantée, afin d'augmenter l'accès aux soins de pieds. De plus, 2 nouveaux GMF ont vu le jour sur notre territoire : MDCM Ste-Catherine et Novomed à Parc-Extension.

Établissements montréalais et MSSS :

Un mécanisme de coordination pour les demandeuses d'asile enceintes nouvellement arrivées a permis de référer 224 femmes vers un suivi de grossesse, dans l'un des 18 établissements partenaires.

3.3.2 REHAUSSEMENT D'OFFRES DE SERVICES EXISTANTES

SOUTIEN AUX PERSONNES PROCHES AIDANTES

Des outils de dépistage ont été développés afin d'identifier les personnes proches aidantes à risque, et de leur fournir le soutien et les ressources nécessaires en fonction du niveau de risque identifié.

Un projet pilote est en cours, visant le développement d'un modèle de soins intégrés destiné aux parents d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes (jusqu'à 44 ans) admissibles aux services de notre équipe Déficience intellectuelle-Trouble du spectre de l'autisme-Déficience physique. Ce projet se compose de quatre éléments :

- Mentorat par les pairs, assuré par des bénévoles associés à différentes organisations communautaires (Centre Philou, Fondation ALINK, Fondation Place Coco, C.A.R.E., L'Étoile de Pacho);
- Portail Internet via le soutien et la collaboration de l'organisme communautaire L'Appui;

- Page Internet dédiée du CIUSSS “Coin famille”;
- Navigateur dédié pour cette clientèle (travailleur ou travailleuse communautaire).

CLINIQUE COVID LONGUE ET MALADIE DE LYME - ERGOTHÉRAPIE

L'offre de services en ergothérapie a été rehaussée au sein de notre clinique covid longue et maladie de Lyme. L'objectif de ces services est d'accompagner les patients dans l'autogestion de leurs symptômes, de manière à favoriser l'atteinte d'une meilleure qualité de vie. Les interventions incluent de l'enseignement sur la condition et les stratégies de gestion de l'énergie, des recommandations d'adaptation du quotidien, le développement d'habiletés d'autogestion, de l'accompagnement dans le retour au travail et des références à l'interne et l'externe pour accéder aux ressources appropriées.

Depuis l'automne 2023, nous avons également développé une nouvelle offre de services en centre de réadaptation au site Lethbridge, pour les usagers ayant des symptômes chroniques et persistants de la covid longue. Nous y offrons maintenant les meilleures pratiques pour un soutien des usagers vers la reprise de leurs habitudes de vie et rôles sociaux.

CLINIQUES MOBILES DE VACCINATION

Un regard spécifique a été porté vers la réalité locale des clientèles les plus isolées et vulnérables en offrant des services de vaccination dans 32 HLM-OBNL aînés, 16 organismes communautaires, 6 milieux d'itinérance, 19 parcs, à l'université de Concordia et au centre de réadaptation MAB, notamment pour la vaccination contre la covid-19, l'Influenza, le zona, la rougeole, la poliomyélite et la variole simienne.

MAISON DE NAISSANCES ET HALTE ALLAITEMENT

Des rénovations visant à remplacer les bains ont été réalisées à la Maison de naissances de Côte-des-Neiges. Ces travaux ont permis d'améliorer l'expérience des usagères, en leur évitant de quitter leur chambre pour accéder à une salle de bain pour les accouchements dans l'eau, qui s'avèrent en grande demande. Les services offerts ont été rehaussés à la halte allaitement, avec la présence hebdomadaire de marraines d'allaitement de Nourri-Source et la présence mensuelle d'une consultante en lactation pour optimiser le soutien aux mères rencontrant des difficultés avec l'allaitement, en collaboration avec le suivi offert par les sages-femmes.

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS ET D'INTÉGRATION DES DEMANDEURS D'ASILE (PRAIDA)

En août 2023, nous avons ouvert le nouveau site d'hébergement du PRAIDA, qui offre 700 lits entièrement adaptés aux besoins de nos usagers, soient les demandeurs d'asile nouvellement arrivés au Québec.

PROGRAMME D'ÉVALUATION DE LA CONDUITE

Grâce à un don de l'une de nos fondations, nous avons été en mesure d'acheter une motocyclette à deux roues et une motocyclette à trois roues pour notre programme d'évaluation de la conduite. Ces deux véhicules seront adaptés, afin de diversifier notre offre de services et répondre aux demandes de notre clientèle.

Le programme d'évaluation de la conduite automobile et d'adaptation de véhicules a tenu ses annuelles cliniques au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et au CISSS de l'Outaouais. Plus de 12 usagers ont été évalués par nos ergothérapeutes lors de ces cliniques.

LIGNE AIDE MALTRAITANCE ADULTES AÎNÉS (LAMAA)

En avril 2023, la Ligne Aide Abus Aînés est devenue la Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés (LAMAA) et a élargi son mandat pour accompagner toute personne âgée de 18 ans et plus en situation de vulnérabilité, dans le cadre de la mise en œuvre des nouvelles dispositions de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité au Québec (L-6.3 art.20.7).

Le volume d'appels a augmenté de près de 32% en 1 an, passant de 6 462 appels en 2022-2023 à 8 510 appels en 2023-2024. Environ 75% des appels sont traités en direct, comparativement à moins de 30% avant les travaux d'amélioration continue. Le nouveau site web de la LAMAA a été lancé en novembre 2023 :

<https://lignemaltraitance.ca/fr>

PROJET MAJEUR DE LA PHASE IV – RÉNOVATION DE L'ANCIENNE PARTIE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF

L'année 2023-2024 a été particulièrement importante pour le projet majeur de la phase IV, dont le budget est de 270M\$. En effet, nous avons octroyé plusieurs sous-projets majeurs, autant en infrastructures qu'au niveau des unités de soins, pour près de 100M\$. À terme, ce projet, dont la complétion est prévue en 2029-2030, permettra de moderniser nos unités de soins, éliminer les chambres multiples (chambres à 3 et 4 lits) et mettre à niveau une partie majeure de nos infrastructures électromécaniques. De plus, il permettra la rénovation complète des départements de radiologie, de médecine nucléaire et de la pharmacie. Cependant, garder notre institution fonctionnelle pendant ces travaux est un défi de taille!

DÉVELOPPEMENT DURABLE

Dans le respect de la Loi sur le développement durable, notre démarche d'amélioration continue en développement durable cible 11 axes d'intervention : Alimentation, Aménagement paysager, Approvisionnement, Communications et partenariat, Efficacité énergétique, Gestion de matières résiduelles, Gestion de l'eau, Informatique, Projets de rénovation et de construction, Transport, Surveillance et évaluation. Voici quelques exemples de nos réalisations :

- Démarche d'approvisionnement en aliments du Québec : Près de la moitié des produits achetés auprès du plus grand fournisseur de produits alimentaires à l'Hôpital général juif sont de provenance locale.
- Agriculture urbaine : Des bacs de jardinage sont disponibles dans plusieurs installations du CIUSSS et certains sont entretenus par les équipes du SAPA, notamment au centre d'hébergement Maimonides, aux CHSLD Henri-Bradet, St. Margaret, St. Andrew et Father-Dowd.
- Efficacité énergétique : Notre important projet d'efficacité énergétique, regroupant 47 mesures sur 9 sites, nous a permis de réduire nos émissions de gaz à effet de serre de 49%, soit l'équivalent d'environ 2 128 voitures en moins sur les routes par année.
- La gestion des matières résiduelles : Des boîtes de récupération des piles alcalines sont disponibles dans tous nos sites. En 2021, 3 tonnes de piles ont ainsi été recyclées. Des programmes spécifiques de récupération et de recyclage sont également en place pour les meubles et appareils médicaux, la peinture, les ampoules, les métaux, les petits appareils électroniques, le matériel informatique, etc.

REHAUSSEMENT DE NOS SERVICES EXISTANTS AFIN DE FAIRE FACE À L'ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE DE FÉVRIER-MARS 2024

Lors de l'épidémie de rougeole, nos équipes d'infirmières scolaires, en collaboration avec les équipes des Points de services locaux, ont été mobilisées en moins de 48 heures, ce qui a permis d'augmenter globalement la couverture vaccinale dans les écoles de 96%. Nos 2 Points de services locaux ont augmenté leur offre de rendez-vous pour la vaccination contre la rougeole, et ont étendu l'accès à la vaccination pour les enfants d'un an et plus. Les cas contacts ont été dépistés selon les références provenant de la Direction régionale de Santé publique de Montréal, et la vaccination post-prophylaxie a été administrée selon les besoins de la clientèle.

La centrale d'appel des Points de services locaux a été responsable d'appeler les parents d'enfants d'un an et plus n'ayant pas été adéquatement vaccinés contre la rougeole, pour vérifier leur statut vaccinal et leur offrir un rendez-vous.

Un projet pilote a été mis en place sur le territoire de Parc-Extension, ciblant les milieux de garde avec une couverture vaccinale inférieure à 60%. Des infirmières de la Petite enfance et des Points de services locaux vérifiaient la couverture vaccinale des enfants, et offraient un rendez-vous dans le Point de services local de Parc-Extension, lorsque nécessaire.

Nous avons développé des mesures en prévention et contrôle des infections et des trajectoires de soins en lien avec la prise en charge des cas de rougeole en première ligne. Également, des corridors de services ont été établis pour l'administration de la prophylaxie post-exposition pour la clientèle adulte, la clientèle pédiatrique, les femmes enceintes et les personnes immunosupprimées. La contribution des équipes

en première ligne (CLSC, GMF et Points de services locaux) aux trajectoires implantées, a permis d'éviter des consultations en salle d'urgence.

Des informations sur la disponibilité de la vaccination et du dépistage ont été transmises par nos organisateurs communautaires de quartier aux différentes concertations et organismes communautaires de notre territoire.

3.3.3 FLUIDITÉ DES TRAJECTOIRES

SUIVIS DE SÉJOUR ET PLANIFICATION PRÉCOCE ET CONJOINTE DE CONGÉ (SS-PPCC)

L'approche SS-PPCC vise à repérer les usagers en situation de vulnérabilité dès leur arrivée à l'urgence, et à assurer la pertinence des soins et services en temps opportun. Elle favorise le recours aux alternatives à l'urgence et à l'hospitalisation, et vise à impliquer l'utilisateur et ses proches dans une approche de partenariat de soins. L'approche permet d'assurer une communication efficace entre tous les acteurs concernés (intra-hospitalier et communauté) et favorise la transition des soins (suivi post-congé, intensification des services à domicile). Les mesures de l'Approche Adaptée à la Personne Âgée (AAPA) en milieu hospitalier soutiennent cette démarche en fournissant des directives spécifiques à l'équipe interdisciplinaire pour répondre aux besoins uniques des patients âgés pendant leur séjour hospitalier. Cela contribue à améliorer la qualité des soins et à prévenir les complications associées à leur hospitalisation.

Au courant de 2023-2024, la SS-PPCC a été déployée à l'urgence et dans deux unités de soins de l'Hôpital général juif. De septembre à décembre 2023, 515 patients en ont bénéficié, notamment la clientèle de 75 ans et plus en perte d'autonomie, les usagers recevant du soutien à domicile et les usagers qui se rendent fréquemment à l'urgence. L'hospitalisation

a pu être évitée pour 40% des patients. Les patients suivis dans le cadre de la SS-PPCC ont pu bénéficier de diverses mesures permettant d'accélérer leur congé, dont la prévention du déconditionnement et l'évaluation des capacités résiduelles à domicile, évitant ainsi le recours à un lit d'hôpital.

De plus, nous avons mis en place des mesures spécifiques afin de nous adapter à la configuration particulière de notre territoire, puisque 2 centres hospitaliers ne faisant pas partie de notre CIUSSS se trouvent sur notre territoire : Centre hospitalier St-Mary du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Dans ce contexte, nous avons déployé un intervenant réseau à l'urgence du CUSM afin de dépister les usagers qui résident sur le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, et un intervenant réseau sur les unités de soins du Centre hospitalier St-Mary pour aider avec la planification des congés des usagers de notre territoire.

PRÉVENTION DU DÉCONDITIONNEMENT DES USAGERS GRÂCE AU PROGRAMME HELP

L'Hôpital général juif a implanté le programme HELP *Hospital Elder Life Program*/ Programme de qualité vie pour les aînés, sur plusieurs unités de soins. Le programme vise à prévenir le délirium et le déclin fonctionnel chez les adultes âgés hospitalisés. Ses interventions comprennent : L'orientation dans le temps et l'espace; La création d'un environnement sécuritaire; Les exercices physiques sur chaise ou au lit; Les activités récréatives pour stimuler les capacités cognitives; L'assistance alimentaire, au besoin; Le soutien au sommeil.

Les interventions HELP contribuent à réduire la durée de séjour des usagers de 10 jours en moyenne. Étant donné que le programme dessert environ 450 patients par année, cela se traduit par une réduction de 4 500 journées d'hospitalisation. Le programme contribue au maintien des capacités

fonctionnelles des usagers et réduit le risque d'hébergement : environ 80% des bénéficiaires retournent à leur milieu de vie antérieur (53%) ou sont transférés dans un lit de soins post-aigus (26%) lors du congé de l'hôpital. HELP a aussi été intégré dans le curriculum des étudiants du baccalauréat en physiothérapie et ergothérapie à l'Université McGill. Ainsi, environ 80 étudiants/an reçoivent la formation HELP et interviennent auprès des usagers, ce qui constitue un moyen créatif d'augmenter le bassin de bénévoles pour un nombre croissant d'usagers.

CONGÉ PRÉCOCE ASSISTÉ POUR LA CLIENTÈLE AYANT SUBI UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Le congé précoce assisté consiste à offrir des services de réadaptation spécialisés intensifs à domicile ou virtuellement par une équipe multidisciplinaire (ergothérapeute, physiothérapeute, etc.). Pour l'utilisateur et sa famille, cette approche a l'avantage de permettre l'évaluation des capacités et la pratique des activités de la vie quotidienne dans le milieu naturel, de diminuer les risques liés aux infections nosocomiales et d'augmenter la qualité du sommeil favorisant la récupération. En 2023-2024, nous avons rehaussé la capacité du programme de congé précoce assisté de 50 à 80 patients par année, contribuant à réduire la durée moyenne de séjour, libérer des lits d'hôpitaux et à améliorer la trajectoire pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral.

DIMINUTION DES TRANSFERTS ÉVITABLES EN PROVENANCE DES CHSLD VERS L'URGENCE

Grâce à l'optimisation des ordonnances collectives et à la mise en place de corridors de services, nous avons été en mesure de réduire de 20% les transferts évitables des résidents de CHSLD vers l'urgence.

PROCESSUS D'ADMISSION EN CHSLD 7 JOURS SUR 7, INCLUANT LES JOURS FÉRIÉS

Afin d'assurer une meilleure fluidité des admissions et réduire les délais d'attente pour nos usagers hospitalisés, un processus a été mis en place pour s'assurer que tous nos CHSLD soient en mesure d'accueillir de nouveaux résidents 7 jours sur 7, dès qu'un lit se libère.

PRATIQUE AVANCÉE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE : ACCÈS DIRECT À LA PHYSIOTHÉRAPIE AU SERVICE D'URGENCE

Afin de diminuer les délais d'attente à l'urgence pour les usagers se présentant en raison de troubles musculosquelettiques, une offre de services en pratique avancée de la physiothérapie a été mise en place à l'urgence. En collaboration avec les médecins et les infirmières du triage, les physiothérapeutes sont ainsi en mesure de proposer une évaluation complète en physiothérapie, ainsi que des interventions ciblées et concrètes dans une optique de prévention et de responsabilisation dans l'autogestion de leur condition. Jumelée au droit de prescrire des radiographies, l'implantation d'un couloir de services avec un physiothérapeute en accès direct à l'urgence s'est avérée une solution innovante et efficiente. De la période financière P1 à la période financière P12, l'équipe de physiothérapeutes est intervenue auprès de 824 personnes, et a démontré une réduction de 27% de la durée de séjour à l'urgence et une réduction de 55% du temps d'attente par rapport à la cohorte de référence avant la mise en œuvre de ce projet.

PROJET ESCOUADE-GRIPPE

Une équipe dédiée ainsi qu'une ligne téléphonique dédiée ont été mises en place pour les usagers connus de notre programme de Soutien à domicile (SAD), afin de leur offrir une prise en charge rapide et complète en cas de symptômes d'allure grippale.

La ligne téléphonique leur permet de joindre une infirmière 7 jours/7 et de bénéficier d'une évaluation préliminaire. Par la suite, une infirmière de l'équipe Escouade-Grippe est envoyée sur place dans un court délai. La prise en charge inclut le diagnostic à domicile, le traitement, le soutien à la récupération et la prévention du déconditionnement grâce à une intensification temporaire des services d'aide à domicile.

L'équipe Escouade-Grippe permet ainsi d'éviter à l'utilisateur d'aller à l'urgence. Depuis le lancement de cette initiative en décembre 2023, ce sont plus de 140 usagers connus du SAD qui ont bénéficié des soins et services de l'équipe Escouade-Grippe. 90% des usagers ayant eu recours à cette équipe ne se sont pas présentés à l'urgence après 7 jours.

CONSOLIDATION DU PROCESSUS DE DÉCLARATION D'HÉBERGEMENT À DOMICILE (DHD)

Le projet de Déclaration d'hébergement à domicile (DHD) permet à un usager en niveau de soins alternatifs (NSA) d'attendre un lit d'hébergement à même son domicile, grâce à une intensification des services à domicile offerts. Un délai maximal de 30 jours d'attente est respecté pour avoir une place en hébergement dans un lit régulier. Cette initiative permet de libérer un lit d'hôpital ou en centre de réadaptation pour un usager ne nécessitant plus de soins actifs, tout en maintenant sa qualité de vie pendant l'attente de son hébergement. Pour l'année 2023-2024, ce sont 154 usagers qui ont bénéficié de ces services intensifs à domicile, et ont eu accès par la suite à un lit d'hébergement à l'intérieur de 30 jours.

PROLONGATION DES HEURES D'OUVERTURE DE LA CLINIQUE DE L'HÔPITAL DE JOUR

Toujours dans l'optique de supporter la fluidité hospitalière, la clinique de l'Hôpital de jour a prolongé ses heures d'ouverture et est désormais ouverte en soirée jusqu'à 20h du lundi au vendredi, et est ouverte les fins de semaine de 8h à 16h depuis décembre 2023. Ce projet permet ainsi d'orienter les patients vers l'hôpital de jour afin d'éviter les visites à l'urgence. Depuis le début de ce projet, le nombre de patients traités a augmenté de 42,5 % à chaque période financière, et le nombre de jours de soins a également augmenté de 50,6 % à chaque période.

EN PARTENARIAT

Urgences-Santé pour la paramédecine de régulation : Dans le cadre des orientations ministérielles 2022-2026, nous avons développé une offre de services en collaboration avec Urgences-Santé et notre unité de soins virtuels pour les usagers vivant en RI et en RPA. Cette collaboration permet de mettre en place une co-évaluation rapide d'un usager dont l'état de santé se détériore. Cette co-évaluation est réalisée conjointement par un paramédic d'Urgences-Santé qui se trouve auprès du patient, et par une infirmière de notre unité de soins virtuels, dans le but de stabiliser l'état de santé de l'utilisateur et de lui éviter un transport à l'urgence. En 2023-2024, 117 co-évaluations ont été faites, et 70% des personnes ont pu éviter de se rendre à l'urgence.

3.3.4 INITIATIVE "VOS SOINS PARTOUT" ET SOINS VIRTUELS

La vision de notre initiative "Vos soins partout", dans laquelle nous nous efforçons de fournir les bons soins, au bon patient, au bon endroit et avec le bon résultat, a soutenu une transformation vers une amélioration de la qualité des soins pour nos usagers. Soutenue sur le plan opérationnel par notre modèle de soins basé sur la valeur, cette vision a un impact positif sur la qualité des soins, comme en témoignent les résultats et l'expérience des patients. En suivant ces paramètres, nous favorisons une culture d'amélioration continue pour tous les soins et services fournis par le CIUSSS.

DÉVELOPPEMENT DE NOTRE UNITÉ DE SOINS VIRTUELS

Créé en 2021, notre programme de soins virtuels poursuit le développement de ses trajectoires d'Hôpital@Domicile et de Récupération@Domicile. Ces 2 trajectoires permettent respectivement aux usagers de suivre ou de poursuivre leur épisode de soins dans le confort de leur foyer, ou de bénéficier d'un congé précoce. Ceci est rendu possible grâce au suivi à distance et au soutien de notre équipe de soins virtuels (médecins, infirmières, etc.), ainsi qu'à l'implication des professionnels de la santé du service de Soutien à domicile. Nous développons ainsi des alternatives à l'hospitalisation et le soutien des patients dans leur environnement.

Nous disposons désormais de plus de 30 trajectoires de soins, suite à l'ajout cette année de 7 nouveaux parcours cliniques, dont un parcours de soins en oncologie inter-établissements avec l'Hôpital de Maisonneuve-Rosemont du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

En 2023-2024, ce sont 167 patients qui ont été admis dans notre programme d'hospitalisation à domicile, et 486 patients qui ont bénéficié de notre programme de récupération à domicile.

De plus, avec l'aide de notre Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGES), nous mettons sur pied une approche innovante en matière de proche aide dans le contexte d'hospitalisation à domicile, afin de soutenir les personnes proches aidantes qui sont impliquées. Un processus de dépistage, reposant sur les meilleures pratiques, a ainsi été déployé afin d'assurer la capacité des proches aidants d'assumer leur nouveau rôle et de les accompagner dans celui-ci.

Enfin, nous avons animé une communauté de pratique provinciale permettant le partage de nos connaissances avec les 8 autres établissements de santé qui déploieront des modèles de soins similaires dans toute la province.

OUVERTURE DU NOUVEAU CENTRE DE COMMANDEMENT EN OCTOBRE 2023

Notre nouveau centre de commandement C4 a ouvert en octobre 2023 dans des locaux plus grands et mieux adaptés, au sein de l'Hôpital général juif. Avec des espaces permettant d'accueillir des représentants de toutes les directions du CIUSSS afin d'optimiser les flux de patients, et doté d'une salle de crise pour les rencontres d'urgence, le C4 devient le centre névralgique de notre CIUSSS.

Au cours de l'année écoulée, le C4 a soutenu de nombreuses initiatives en matière de flux qui ont permis d'améliorer l'accès aux soins. De plus, nous avons décentralisé les données dans plusieurs centres satellites afin de promouvoir la prise de décision fondée sur les données par nos équipes opérationnelles à proximité des services cliniques.

Réalisations notables :

- Augmentation du nombre de jours présence de 4% ;
- Réduction des délais d'admission dans nos CHSLD de 72 heures à 27 heures ;
- Déploiement de C4 satellites en santé mentale et aux soins cardiovasculaires ;
- Mise en place de caucus de fluidité CIUSSS pendant les fins de semaine, ce qui a permis d'obtenir en moyenne 4 congés supplémentaires de patients par fin de semaine.

RÉADAPTATION CARDIAQUE

Dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque, nous avons implanté l'application GreyBox/TakeCare, qui permet le suivi à distance de données de santé. En complément, nous prêtons des montres connectées Fitbits à nos usagers, pour faciliter le suivi à domicile tout au long du programme de réadaptation cardiaque, ainsi que pendant la phase d'entretien, une fois le programme terminé. 50 patients ont été inscrits à l'application depuis le lancement du programme en début d'année.

UTILISATION DU CASQUE DE RÉALITÉ MIXTE HOLOLENS EN CHSLD

Nous avons intégré un casque de réalité mixte autonome HoloLens en CHSLD, qui permet aux cliniciens-utilisateurs de parler directement avec des experts via Teams. Le casque HoloLens est un outil de communication efficace permettant aux experts d'entendre et de voir à distance ce qui se passe dans un autre lieu. Cette technologie permet ainsi à nos équipes d'avoir un accès direct à l'expertise que nous n'avons pas sur place. L'utilisation du HoloLens en CHSLD a amélioré l'accès des résidents aux soins spécialisés, a réduit le risque de conséquences négatives liées aux transferts et a permis aux

professionnels de la santé de consulter des cliniciens expérimentés plus facilement et rapidement afin d'optimiser la prise de décision clinique. L'ensemble de ces éléments a permis d'améliorer les résultats cliniques et d'augmenter la qualité des soins.

L'année prochaine, nous disposerons d'un casque HoloLens dans chaque CHSLD, ce qui permettra de reproduire ce projet dans l'ensemble de nos sites publics.

TOURNÉES MÉDICALES VIRTUELLES ET TÉLÉ-VISITES EN CHSLD

En collaboration avec le MSSS, notre CIUSSS a été la première organisation à mettre en œuvre un projet permettant aux médecins des CHSLD de faire leur visite médicale régulière et hebdomadaire entièrement de façon virtuelle. L'expérience de notre CIUSSS devient le point de départ de tous les autres projets liés à la tournée médicale virtuelle / télé-visite dans les CHSLD de la province.

OROT – INCUBATEUR DE SANTÉ CONNECTÉE

Étant l'une des premières initiatives du genre dans le milieu de soins de santé au Québec, l'incubateur de santé connectée OROT renforce la culture d'innovation du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, aidant l'établissement à réimaginer l'avenir des soins, tout en révolutionnant la façon dont les technologies médicales sont développées. Sous l'égide d'OROT, les professionnels de santé rencontrent les usagers et les entrepreneurs du secteur privé pour examiner de près des besoins ou des problématiques particulières, puis élaborer des solutions pratiques faisant souvent appel au numérique. Ensemble, ils co-développent des prototypes, accélèrent la commercialisation des produits et, ultimement, intègrent de nouveaux éléments ou pratiques aux activités quotidiennes de notre CIUSSS.

Plus de 30 projets sont en développement en collaboration avec les différentes directions de notre CIUSSS. Citons notamment :

- **IVADO LABS** : Co-développement et tests itératifs d'un algorithme et d'un outil d'intelligence artificielle pour estimer et optimiser l'approvisionnement et la distribution d'articles dans les unités de soins ;
- **GRAVITY REHABILITATION** : Co-développement et tests itératifs d'un outil d'aide à la formation et à l'utilisation des fauteuils roulants motorisés ;
- **GRAY** : Mise en place de la solution d'optimisation des soins en oncologie ;
- **VITRAI** : Déploiement et test d'une solution d'intelligence artificielle en support du service régional 811.

3.3.5 NOS EMPLOYÉS ET STAGIAIRES

LIGNE D'AIDE DU PERSONNEL POUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Une ligne d'aide du personnel pour les maladies infectieuses est en fonction 7 jours/7, afin de répondre aux questions et diriger les employés vers les sites de dépistage.

PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA VIOLENCE PHYSIQUE

Dans le cadre du Programme de prévention de la violence physique, une démarche d'accompagnement systématique des gestionnaires est réalisée, afin de soutenir le personnel lors de situations de violence. Cette démarche inclut notamment une inspection des lieux de travail, l'élaboration de plans d'action et le suivi des recommandations notamment en lien avec la mise en place de mesures préventives et l'organisation de formations adaptées (OMEGA) aux besoins des milieux.

En parallèle, une enquête et une analyse de toutes les déclarations d'événements accidentels comportant de la violence sont menées par l'équipe de prévention du service Santé, sécurité et mieux-être au travail (SS-MET).

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES (TMS)

Nous avons réalisé 150 évaluations ergonomiques de postes de travail durant l'année, et offert des conseils adaptés à chaque personne.

DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP

Mise en place d'une offre de formation annuelle destinée aux gestionnaires en exercice : 17 ateliers de développement organisés pour un total de 221 participants.

Programme national de coaching : 57 gestionnaires ont bénéficié de coaching.

Poursuite de la 3e cohorte du programme de relève des cadres intermédiaires : 30 participants, majoritairement des non-cadres.

Programme national de développement des leaders : Lancement de la 3e cohorte avec 10 participants.

STAGIAIRES

Nous avons accueilli 5 292 stagiaires cette année, soit 245 stagiaires de plus que l'année dernière :

- 1 427 stagiaires en médecine : étudiants et résidents;
- 3 130 stagiaires en soins infirmiers : 1 275 infirmiers, 1 293 auxiliaires, 491 PAB et 71 IPS;
- 735 stages multidisciplinaires.

En parallèle, nous avons rehaussé notre offre de services en développement de compétences de supervision de stages, notamment par une série de conférences sur les pratiques d'enseignement des superviseurs de stages et l'offre d'un suivi individuel et personnalisé dédié aux superviseurs de stages.

MISSIONS DE RECRUTEMENT INTERNATIONAL DE RECRUTEMENT SANTÉ QUÉBEC (RSQ) ET DEMANDEURS D'ASILE

Nous avons réalisé 174 embauches au cours de l'année 2023 pour le programme d'étudiants internationaux diplômés hors Canada (EIDHC) et demandeurs d'asile.

DIVERSITÉ, ÉQUITÉ, INCLUSION ET APPARTENANCE (DEIA)

Les conversations midi « Discuter et Comprendre », sont des sessions de co-apprentissage qui ont lieu une fois par mois en ligne, et qui permettent aux employés de se joindre à leurs collègues, aux experts et aux invités dans un espace virtuel afin de poser des questions, de partager des opinions concernant des sujets d'intérêt relatifs à la DEIA et d'établir des liens. Les sujets abordés sont notamment les suivants : Les *Safe spaces* (bulles de bienveillance), L'appartenance au travail, Parlons du genre, Santé mentale et considérations systémiques, Tokénisme, etc. La semaine de la DEIA, en avril 2023, a été l'occasion d'offrir de nombreuses formations et ateliers en présence ou en ligne, sur des sujets tels que les concepts de base de la DEIA, l'écriture inclusive, la clientèle neurodivergente, la sensibilisation des réalités des proche aidants LGBTQI+, etc.

Des groupes de travail ont été mis en place afin de contribuer à l'avancement de la sensibilisation, de la compréhension et de la transformation du CIUSSS sur les questions liées aux groupes sociaux historiquement minorisés ou marginalisés en permettant le

regroupement d'acteurs terrain qui possèdent une expertise, un intérêt ou qui appartiennent à ces groupes sociaux historiquement minorisés ou marginalisés, au sein de la communauté interne de notre CIUSSS (personnes employées ou usagères). Les 4 thématiques retenues par les groupes de travail sont les suivantes : Personnes en situation de handicap ; Communautés ethnoculturelles minoritaires ; Diversité sexuelle et pluralité des genres ; Peuples autochtones.

3.3.6 DYNAMISME DE NOS CENTRES ET INSTITUTS DE RECHERCHE

BUREAU D'EXAMEN DE LA RECHERCHE

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

OBSERVATOIRE QUÉBÉCOIS DE LA PROCHE AIDANCE

Maintenant dans sa troisième année d'opérations, l'Observatoire québécois de la proche aide se veut un carrefour de production, de partage et de transfert de connaissances fiables, essentielles et pertinentes pour faire connaître et pour reconnaître la proche aide au Québec afin de mieux soutenir l'ensemble des parties prenantes et des personnes concernées. Cette volonté s'est traduite en 2023-2024 par les initiatives suivantes : Lancement du [Répertoire des connaissances](#), publication de rapports et d'infographies, élaboration d'un webinaire, présentations lors d'évènements de transferts de connaissances.

<https://observatoireprocheaide.ca/>

CENTRE D'EXPERTISE SUR LE BIEN-ÊTRE ET LA SANTÉ PHYSIQUE DES RÉFUGIÉS ET DEMANDEURS D'ASILE (CERDA)

Le CERDA offre son expertise pour soutenir les CISSS/CIUSSS mandatés dans l'organisation clinique des services d'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des

réfugiés en fournissant des services-conseils ainsi que des activités de transfert de connaissances. Il a aussi le mandat de soutenir le MSSS et le MIFI (Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration) dans leurs initiatives et orientations en lien avec ces populations. L'année 2023-2024 a été marquée par la finalisation de trois mandats ministériels :

- *Carnets de route*, un outil d'accompagnement visant à faciliter l'installation des personnes réfugiées et en demande d'asile au Québec.
- *Le Projet d'évaluation des nouveaux délais*, qui avait pour objectif d'évaluer les nouveaux délais des orientations ministérielles *Une passerelle vers un avenir en santé*. Les recommandations de ce projet ont contribué à optimiser la réécriture formelle des orientations ministérielles prévue en 2023-2024.
- Le projet *Les réfugié.e.s climatiques au Québec* qui avait notamment pour objectif d'émettre des recommandations ministérielles visant à mieux comprendre l'influence des facteurs climatiques sur la migration forcée pour mieux s'y préparer et y répondre.

CENTRE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN RÉADAPTATION (CRIR)

L'équipe en soutien à la recherche en réadaptation a accompagné les chercheurs affiliés principalement au CRIR et les équipes cliniques de la Direction de la Réadaptation et des Services multidisciplinaire sur plus de 149 projets actifs pendant l'année. Citons notamment :

- Codéveloppement d'une [trousse d'outils](#) de stimulation cognitive pour les résidents du CHSLD Maïmonides Donald Berman.

- Traduction en français et validation du *Brain Injury Vision Symptom Survey* (BIVSS-F), un outil de dépistage des troubles visuels chez les personnes ayant subi un traumatisme crânien.
- Implantation d'une intervention (Gusto) pour favoriser la sécurité alimentaire et la participation sociale des personnes qui utilisent les services.
- Évaluation d'une [intervention](#) qui transforme les paradigmes de la réadaptation en mettant de l'avant la participation à des loisirs dans la communauté comme moyen d'augmenter les capacités motrices de jeunes en situation de handicap.
- Réalisation d'un projet ayant pour objectif d'identifier les compétences clés en matière d'équité, de diversité et d'inclusion au sein des organismes communautaires, de même que les approches favorisant leur mise en œuvre et leur pérennisation.
- Évaluation du programme de justice hoodistique, dont l'objectif principal est d'offrir à de jeunes personnes noires la possibilité de s'outiller à travers des programmes adaptés, de réduire la sur-représentation de ces personnes dans le système de justice criminelle et d'augmenter leur accessibilité à la justice.

CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE EN GÉRONTOLOGIE SOCIALE (CAU-CREGÉS)

- Le CAU-CREGÉS mène actuellement 5 mandats d'expertise pour le MSSS, dans le cadre du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027, du Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 et du Plan d'action interministériel 2022-2025.
- En parallèle, c'est le retour des [Conférences CREGÉS](#) en 2024, avec plus de 1 200 personnes inscrites aux quatre conférences en ligne, qui visent à présenter les plus récents résultats de projets de recherche en gérontologie sociale de ses membres.

INSTITUT UNIVERSITAIRE AU REGARD DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES (IU-SHERPA)

Au cours de l'année 2023-2024, l'équipe de l'IU-SHERPA a déployé plusieurs activités dans le but de soutenir les équipes qui interviennent en contexte interculturel au sein du Réseau de la Santé et des Services sociaux et des milieux communautaires. Les réalisations suivantes illustrent une part de cette contribution :

L'équipe de l'IU-SHERPA continue également de consolider son expertise pour répondre à des enjeux sociaux complexes et aux besoins exprimés par les partenaires. Au cours de la dernière année, deux thématiques ont été particulièrement investies au travers de conférences et de projets de recherche : La santé et le bien-être des hommes immigrants, et les personnes proches aidantes appartenant à un groupe ethnoculturel minoritaire ou de langue anglaise.

INSTITUT LADY DAVIS DE RECHERCHE MÉDICALE

En 2023, les chercheurs de l'Institut Lady Davis ont publié plus de 820 articles. De plus, 2 de nos chercheurs se sont illustrés dans le classement Reseach.com des meilleurs scientifiques dans le domaine de la médecine, en occupant le 44^e et le 57^e rang au Canada. Voici quelques-uns des nombreux projets en cours :

- **Le BioPortail** de l'Hôpital général juif vise à mettre en œuvre la médecine génomique en milieu hospitalier, en s'appuyant sur des recherches solides pour améliorer les soins cliniques. Le programme de génomique clinique de McGill (McG) cherche à améliorer le diagnostic de la maladie et la stratification des risques, l'efficacité de la commande des tests et la prédiction des réponses aux médicaments, ce qui apportera des avantages aux soins aux patients centrés sur la personne, et de la valeur au système de santé dans son ensemble.
- **Le Consortium DREAM BIG** implique des cohortes harmonisées de 7 pays, et se concentre sur l'étude des trajectoires développementales de la psychopathologie, en mettant particulièrement l'accent sur l'impact des soins parentaux sur le développement de l'enfant.
- **L'enfant virtuel** vise à développer une meilleure compréhension de la genèse des tumeurs cérébrales au cours du développement du cerveau. Ces travaux ouvrent la voie à de meilleures thérapies contre les gliomes pédiatriques de haut grade, principale cause de décès liés au cancer chez les enfants et les jeunes adultes.
- Le projet de **Données sur le dépistage de la dépression (DEPRESSD)** vise à évaluer plus précisément l'exactitude des outils de dépistage de la dépression, à développer des méthodes statistiques et à mener des méta-études. Il s'agit du plus grand projet mondial de méta-analyse de données sur des participants individuels.
- **CoreSlicer** est une plateforme d'intelligence artificielle qui automatise la mesure de la fragilité et de la composition corporelle à partir d'images médicales

disponibles en clinique (TDM, IRM, échographie). La plateforme permet ainsi aux cliniciens d'individualiser les soins des personnes âgées vulnérables pour prévenir les complications postopératoires, les événements indésirables mortels et les réadmissions d'urgence.

3.3.7 DISTINCTIONS ET RAYONNEMENT

Quelques-uns des prix reçus par nos équipes cette année :

- **Meilleurs hôpitaux du monde - Magazine Newsweek** : Pour la 6^e année consécutive, un sondage annuel réalisé par le magazine Newsweek classe l'Hôpital général juif parmi les meilleurs hôpitaux spécialisés au monde.
- **Top 100 des meilleurs employeurs du Canada** : Pour la 5^e année consécutive en tant que CIUSSS, et depuis 2013 pour l'Hôpital général juif, notre CIUSSS a été reconnu comme étant un des meilleurs employeurs de Montréal au concours «Canada top 100 employers» de Mediacor.
- **Prix d'Excellence du Réseau de la Santé et des Services sociaux, Catégorie Gestion intégrée de la qualité – Ministère de la Santé et des Services sociaux** : Centre de commandement C4
- **Grand Prix Hippocrate** : Programme de télé-réadaptation pulmonaire de l'Hôpital Mont-Sinai
- **Prix Hippocrate - Mention d'honneur** : Innovation interdisciplinaire dans la gestion de la qualité
- **Prix Hippocrate Mention spéciale – Prix optimisation et modernisation des pratiques professionnelles au profit de plus de temps pour l'utilisateur** : Mise en œuvre du modèle HELP dans un hôpital de soins aigus au Québec, Hôpital général juif

- **Prix Hippocrate – mention spéciale pour Prix Transformation numérique, technologique, IA, pharmacologique :** Holo-Lens en CHSLD
- **Collège canadien des leaders en santé - Prestation de soins fondés sur la valeur 2023 :** Programme d'hospitalisation à domicile
- **Collège canadien des leaders en santé - Prestation de soins fondés sur la valeur 2024 :** Implantation du programme de soins basés sur la valeur pour le cancer colorectal
- **Prix Stars du Réseau de la Santé (SRS) :** Clinique GAMF
- **Ministère de la santé et des services sociaux - Reconnaissance du centre le plus performant – Programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants dans les maternités du Québec (EMMIE) :** Division de la santé mère-enfant de l'Hôpital général juif
- **Prix de l'innovation pédagogique de la Faculté de médecine de l'université McGill :** Équipe d'enseignement du Programme de simulation de médecine d'urgence
- **Programme québécois de cancérologie - Prix Évolution de la pratique :** Équipe d'oncologie gériatrique de l'Hôpital général juif
- **Prix Galien, Catégorie Meilleurs incubateurs, accélérateurs et équité :** OROT
- **Prix en Soins infirmiers attribués à des employés de notre CIUSSS :**
 - **Prix Alice-Girard - Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval**
 - **Prix Jeanne-Mance - Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval**
 - **Prix Excellence de la pratique - Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval**
 - **Prix Relève régionale - Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval**
 - **Prix d'excellence - Association québécoise des infirmières en oncologie**
 - **Prix d'excellence en supervision et en préceptorat - École des sciences infirmières Ingram, Université McGill**
 - **Prix Florence (finaliste), Catégorie leadership - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec**

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

4.1 ENGAGEMENTS ANNUELS

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

| INDICATEURS | ENGAGEMENT 2023-2024 | RÉSULTATS AU 31 MARS 2024 | ENGAGEMENT 2026-2027 |
|--|----------------------|---------------------------|--|
| ENJEU 1 : Une organisation plus humaine du travail Orientation 1 : Devenir un employeur de choix | | | |
| Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03) | 76,7% | N/D | 80,90% |
| Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02) | N/D | 35,17% | +4,5% par rapport à la cible de départ |
| Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (3.06.01) | 878 035 | N/D | 0 |
| Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02) | 100% | 100% | 100% |

Commentaires :Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03) :

- Le résultat à la P12 est de 77,3%. Nous atteignons notre cible pour cet indicateur. Lorsque nous comparons nos résultats avec les autres établissements du Québec, nous constatons que nous sommes parmi les établissements les plus performants.
- Nous soutenons les gestionnaires dans l'adoption de pratiques de gestion adaptées aux besoins des équipes (outils, coaching, organisation du travail, diagnostics de climat de travail, gestion de proximité) et nous les accompagnons dans la gestion du changement. Plusieurs programmes contribuent à ce soutien, dont :
 - Notre initiative diversité, équité, inclusion et appartenance (DEIA) démarrée en juin 2022;
 - Programmes de mobilisation du personnel, dont notamment l'évaluation de l'épanouissement du personnel, le développement des compétences, la relève des cadres;
 - Programme de Reconnaissance et d'engagement du personnel;
 - Outils de soutien pour les employés, dont le Plan d'aide aux employés (PAE), le réseau des bienveilleurs et des publications sur le mieux-être;
 - Promotion de la civilité et prévention des conflits et du harcèlement;
 - Programmes de prévention et contrôle des infections pour le personnel, incluant le dépistage et la vaccination;
 - Plan d'action sur les mesures correctives lors d'accidents de travail.

Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02) :

- Comme seulement 65% de nos employés disposent d'une adresse courriel CIUSSS, ceci est un enjeu pour rejoindre l'ensemble de nos employés. Par conséquent, le résultat est sans doute affecté par un taux de participation plus faible.
- Nous avons déployé à l'automne 2021 une plateforme visant à mesurer le taux d'épanouissement au travail des employés. Cet outil permet de questionner les employés sur 10 piliers de l'épanouissement au travail, dont la reconnaissance et valorisation, le sentiment d'appartenance et l'esprit d'équipe. En février 2024, nous avons questionné les employés à savoir s'ils recommanderaient leur établissement comme employeur. Le résultat à cette question a été de 8/10.
- À la lumière des résultats des sondages, chaque direction est en mesure d'élaborer un plan d'action en collaboration avec les équipes des ressources humaines, visant à répondre aux enjeux et préoccupations identifiés par les employés et à suivre l'évolution de l'épanouissement au travail.

Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (3.06.01) :

- Selon nos données internes, et grâce aux nombreuses embauches que nous avons été en mesure de faire durant l'année, nous avons dépassé la cible qui nous a été fixée.
- Par ailleurs, nous n'avons pratiquement aucun temps supplémentaire obligatoire (TSO). En effet, seulement 320 heures de TSO ont été enregistrées pour l'année 2023-2024.
- Depuis l'entrée en vigueur de la Loi 10 et du règlement, nous avons atteint toutes nos cibles au 10 mars 2024 à l'exception de la cible des auxiliaires aux services de santé et sociaux. Néanmoins, nous observons une progression vers l'atteinte des cibles futures.
- Des groupes de travail ont été développés et contribuent à accélérer la progression vers la cible ultime d'octobre 2024.
- Un protocole a été mis en place ainsi que des plans de contingence afin d'éviter les bris de service éventuels.
- Une campagne de recrutement massif a été publicisée à tous les paliers de l'organisation, et nos efforts de recrutement portent fruit.
- La mise en application des nouveaux devis a constitué un levier important pour favoriser le recrutement, et nous avons pu en observer les effets. En contrepartie, les balises de formation édictées pour les ASSS et les PAB en provenance des agences ont sérieusement déstabilisé les équipes de travail, considérant que les agences ne peuvent fournir des ressources qualifiées. Nous observons un risque d'augmentation du temps supplémentaire à titre de plan de mitigation temporaire.

Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02) :

- Le résultat est de 100%. Nous atteignons notre cible pour cet indicateur.
- Nous avons promu cette formation à l'aide de différents outils de communication interne et nous avons envoyé plusieurs rappels. Nous avons également sensibilisé tous les gestionnaires du CIUSSS quant à l'importance de cette formation et au fait d'encourager leur équipe à la suivre. Par ailleurs, les formations d'apprentissage en ligne (e-learning) présentent un défi pour divers secteurs du CIUSSS dans lesquels évoluent des employés n'ayant pas de poste de travail. Les gestionnaires ont grandement collaboré à faciliter l'accès aux outils nécessaires à la tenue de cette formation.

ENJEU 2 : Une population en santé Orientation 2 : Être proactif et agir de façon préventive

| | | | |
|---|-----|-------|-----|
| Proportion des élèves de 3e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.41) | 65% | 32,2% | 80% |
| Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (1.09.33.01) | 60% | 35,2% | 80% |

Commentaires :

Proportion des élèves de 3e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.41) :

Les enjeux que nous rencontrons sont les suivants :

- Importante clientèle d'immigration récente sur notre territoire, qui est moins à l'aise avec la notion de la vaccination;
- Clientèle allophone qui, malgré nos efforts de traduction, ne comprend pas toujours les nombreuses communications envoyées à la maison par les écoles et le réseau de la santé;
- Plusieurs écoles à vocation religieuse se trouvent sur notre territoire, qui sont souvent réfractaires à la vaccination.

Notre équipe scolaire poursuit la vaccination dans les écoles.

Avec l'aide et le soutien des Points de services locaux, l'équipe a tenu des cliniques spécifiques pour les élèves fréquentant des écoles du territoire, et nous avons également fait des appels personnalisés aux familles et jeunes pour promouvoir la vaccination et donner directement des rendez-vous dans les Points de services locaux.

Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (1.09.33.01) :

La cible de 28 jours devrait être alignée sur les meilleures pratiques, dans lesquelles les délais de chirurgie oncologique sont décidés en fonction du site de la tumeur, de sa taille, de ses caractéristiques biologiques, etc., conformément aux meilleures pratiques cliniques en vigueur. En effet, une cible unique pour tous les sites tumoraux ne permet pas de donner un portrait réel des besoins de nos patients dans ce secteur.

Si nous retirons de ce calcul les sites tumoraux de la thyroïde et de la prostate, pour lesquels les données probantes démontrent que le pronostic des patients n'est pas affecté par une chirurgie réalisée au-delà de 28 jours, nous présentons un pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours de 52,7%. L'année dernière (2022-2023), ce pourcentage était de 44,9%, ce qui représente une amélioration de plus de 17% en seulement une année. En conséquence, nous allons poursuivre nos efforts pour atteindre la cible de 60%.

ENJEU 3 : Un accès aux soins et services en temps opportun Orientation 3 : Offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité

| | | | |
|--|-----|--------|-----|
| Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06.20) | 358 | 309 | 476 |
| Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17) | 54% | 56,54% | 70% |

| | | | |
|---|-------------|---------------|-------------|
| Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06) | 15 683 | 16 139 | 16 613 |
| Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25) | 592 | 552 | 432 |
| Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05) | 1 536 801 | 1 645 838 | 1 929 122 |
| Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales (1.09.54) | 20% | 37,11% | 30% |
| Pourcentage d'utilisateurs ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation (7.04.06) | 60% | 59,61% | 63% |
| Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58) | 83% | 70,51% | 90% |
| Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (1.09.16.01) | 124 minutes | 153,5 minutes | 89 minutes |
| Durée moyenne de séjour sur civière (1.09.01) | 13,7 heures | 15,23 heures | 12,5 heures |

| | | | |
|--|---|----|------|
| Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (1.09.32.00) | 0 | 15 | N/D* |
|--|---|----|------|

Commentaires :

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

Nous avons atteint la cible les années passées, et nous sommes confiants de pouvoir l'atteindre à nouveau dans le courant des prochaines années, grâce aux mesures suivantes :

- Embauches récentes de professionnels qualifiés : techniciens en éducation spécialisée et ergothérapeutes;
- Révision de la trajectoire du programme "Jeunes en difficulté", ce qui nous permettra notamment de réorienter des ressources professionnelles vers les activités de dépistage;
- Implantation du système d'interprétariat à distance Voyce : Ce système nous permet d'avoir un accès instantané à des interprètes dans un grand nombre de langues, ce qui facilite grandement la prise en charge des usagers pour nos intervenants, considérant que notre territoire est le plus multiculturel du Québec. Ainsi, nos équipes sont en mesure d'interagir beaucoup plus rapidement avec les usagers et leurs familles, ce qui réduit les durées d'intervention et augmente notre performance.

En parallèle, nous déployons le programme "Mots d'enfants", qui est un coaching virtuel de développement des compétences parentales, afin de soutenir les parents. Ce programme nous permet notamment d'avoir un impact sur la réduction des listes d'attente en orthophonie.

Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17) :

Cet indicateur est particulièrement complexe, car il est mesuré par le cumul de 5 indicateurs qui concernent des pourcentages en provenance de secteurs très différents : services ambulatoires, service de soutien dans la communauté, services spécialisés et service de l'urgence.

Les 5 indicateurs pris en compte sont les suivants :

- Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service ambulatoire de santé mentale en CLSC dans un délai de 30 jours ou moins;
- Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service de soutien dans la communauté en santé mentale à l'intérieur des délais prescrits;
- Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service spécialisé en santé mentale dans un délai de 30 jours ou moins;
- Pourcentage d'usagers ayant eu accès à une consultation psychiatrique à l'urgence dans un délai de 4 heures ou moins;
- Pourcentage d'usagers admis en psychiatrie dont la durée de séjour à l'urgence est de 24 heures ou moins.

Les mesures qui nous ont permis d'atteindre cette cible unique sont donc très variées. Citons notamment :

- La révision systématique des charges de cas des professionnels;
- Le suivi rapproché des durées d'épisode de soins par les spécialistes en activités cliniques;
- La révision des affectations pour dédier des heures de professionnels aux relances des usagers en attente depuis plus de 30 jours;
- La mise en place d'une offre de groupe en santé mentale jeunesse;
- La bonification de postes à temps partiel pour un blitz d'évaluation;
- La mise en place d'un formulaire simplifié d'évaluation au Mécanisme d'accès en santé mentale adulte (MASMA);
- La création de l'équipe ABC (Accompagnement bref dans la communauté), qui a non seulement un impact au niveau de l'accès aux services dans la communauté, mais également par sa présence à l'urgence en référant directement les usagers à ses services.

Cependant, malgré toutes ces mesures, nous souhaitons souligner que la situation reste difficile en santé mentale, notamment en raison de la pénurie de professionnels qualifiés, des enjeux de disponibilité des ressources médicales, d'une volumétrie importante de patients à l'urgence de l'Hôpital général juif et d'un nombre élevé d'usagers en statut NSA. En effet, 30% à 40% de nos lits d'hospitalisation en santé mentale sont occupés par des usagers en attente d'une place d'hébergement ou d'unité de vie fermée en santé mentale.

L'indicateur qui touche le pourcentage d'usagers admis en psychiatrie dont la durée de séjour à l'urgence doit être de moins de 24 heures sera un réel défi. Afin de diminuer ce délai, nous avons créé un poste de gestionnaire accès-fluidité qui aura le principal mandat de s'assurer de la trajectoire de l'usager et de rapidement identifier les bloqueurs, afin d'éviter une hospitalisation ou écourter le délai d'accès à un lit d'hospitalisation.

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

Nous avons dépassé la cible fixée.

Cependant, nous souhaitons souligner plusieurs enjeux importants, notamment le manque d'incitatifs financiers pour favoriser la pratique médicale à domicile, le manque de formation des résidents afin de les préparer à la pratique à domicile, et les difficultés d'implantation de nouvelles technologies afin d'améliorer le service, qui sont liées à des contraintes budgétaires.

Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25) :

Nous avons dépassé la cible fixée.

Pour le volet de la réadaptation, la pénurie de professionnels représente un enjeu. Afin de pallier au manque de main d'œuvre, les actions suivantes ont été implantées :

- Embauche d'assistants en réadaptation (étudiants, futurs professionnels de réadaptation);
- Élargissement du rôle des kinésiologues;
- Rehaussement du nombre d'ASSS à qui certains actes en ergothérapie sont délégués;
- Travail de collaboration avec les équipes du SAPA-SAD afin de mieux identifier vers quelle profession la demande initiale doit être dirigée.

Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05) :

Nous avons dépassé la cible fixée.

Pour le volet de la réadaptation, la pénurie de professionnels représente un enjeu. Voir les mesures mises en place à l'indicateur ci-dessus (1.03.25).

Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales (1.09.54) :

Nous avons largement dépassé la cible fixée, notamment en raison de l'excellente collaboration que nous avons avec les médecins de famille de notre territoire.

De plus, nous implantons actuellement des cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées (cliniques IPS) de proximité sur notre territoire, ce qui permettra d'améliorer encore l'accès aux soins de 1^{re} ligne.

Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation (7.04.06) :

Il s'agit d'un indicateur transversal, qui concerne l'ensemble des offres de programmes-services en CLSC : Services généraux, Santé mentale, Réadaptation et Services multidisciplinaires, Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

Nous avons pratiquement atteint la cible, grâce à la mise en place de différentes mesures :

- Déploiement des normes de pratiques psychosociales, ce qui permet de circonscrire la charge de cas, le nombre d'interventions et leur durée;
- Actualisation d'une offre de groupe pour le rehaussement des compétences parentales nécessaires au développement des enfants;
- Intégration des guichets jeunesse et santé mentale jeunes afin d'améliorer la cohérence d'accès ainsi que mise sur pied du mécanisme d'accès en santé mentale adulte.

L'enjeu de recrutement reste cependant présent pour les professionnels œuvrant en CLSC, tous titres d'emploi confondus. De plus, la coordination de l'accès pour les différentes portes d'entrée est complexe, en raison des nombreux systèmes informatiques qui ne communiquent pas entre eux, et de la méconnaissance des services offerts en CLSC par les professionnels exerçant dans d'autres missions, notamment en centre hospitalier.

Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58) :

Les médecins de famille de notre territoire ont une prise en charge d'environ 120%, car ils prennent en charge des usagers qui ne résident pas sur le territoire de notre CIUSSS. En conséquence, il n'y a plus de capacité résiduelle pour prendre en charge les usagers du territoire, et l'atteinte de la cible fixée s'avère difficile. Un très grand nombre d'usagers sont ainsi desservis, même s'ils ne résident pas tous sur le territoire de notre CIUSSS.

Cependant, grâce à l'excellente collaboration développée avec les médecins du territoire, ainsi qu'à l'actuelle implantation de cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées (cliniques IPS) de proximité, la tendance vers l'atteinte de bons résultats semble assurée.

Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (1.09.16.01) :

La cible qui nous a été fixée est l'une des plus exigeantes de tous les établissements de la province, et est plus basse que la cible provinciale qui est fixée à 165 minutes.

De plus, dans la définition de cet indicateur, la prise en charge à l'urgence débute à partir du moment où le médecin rencontre le patient. Cependant, à l'Hôpital général juif, afin d'accélérer le processus de prise en charge, nous avons mis en place des ordonnances collectives qui permettent au personnel en soins infirmiers de débiter la prise en charge avant que le patient ne voie le médecin. Ainsi, dans le délai moyen de 156 minutes, et en fonction de ses besoins, l'usager aura déjà pu bénéficier d'examen diagnostiques et/ou de traitements appropriés. L'indicateur n'est donc pas adapté à notre fonctionnement, et ne reflète pas la réalité des soins que nous offrons aux patients.

En parallèle, le nombre de visites à l'urgence de l'Hôpital général juif est en constante augmentation, avec le plus grand nombre de visites de tous les services d'urgence adulte de la province. Dans la dernière année, nous avons reçu plus de 92 000 visites à l'urgence, avec une moyenne de 236 visites/jour.

Durée moyenne de séjour sur civière (1.09.01) :

La cible qui nous a été fixée est l'une des plus exigeantes de tous les établissements de la province, la plus exigeante de tous les centres hospitaliers montréalais adultes, et est plus basse que la cible provinciale qui est fixée à 17 heures.

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

- Nous avons élargi les heures d'ouverture de notre hôpital de médecine de jour, qui est maintenant ouvert du lundi au vendredi de 8h à 20h, et les samedi, dimanche et jours fériés de 8h à 16h;
- Nous avons maintenu les 16 lits additionnels ajoutés l'année dernière pour les patients en niveau de soins alternatifs (NSA);
- Afin d'absorber les admissions supplémentaires, nos unités d'hospitalisation ont été en surcapacité;
- Nous avons soutenu le flux organisationnel par le biais de notre centre de commandement;
- Nous avons déployé notre programme de soins virtuels, dans lequel plus de 360 patients ont bénéficié de ce nouvel accès;
- Notre équipe ABC (Accompagnement bref dans la communauté), dédiée aux personnes présentant des besoins liés à la santé mentale, à l'usage de substances psychoactives ou à une situation d'itinérance, est présente de façon régulière à l'urgence afin d'accélérer l'évaluation et la prise en charge dans la communauté. En parallèle, cette équipe multidisciplinaire permet d'assurer un meilleur arrimage pour les personnes connues de nos services dans la communauté, afin de leur éviter un recours à l'urgence;
- En février 2024, nous avons inauguré 2 lits en Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP). L'UIBP a pour mission d'offrir une réponse rapide et pertinente aux besoins de la clientèle adulte en situation de crise en santé mentale nécessitant une hospitalisation brève. Il permet de stabiliser l'état de la personne, de confirmer un diagnostic ou d'amorcer un traitement pharmacologique;
- En période de surcapacité, l'ajout d'un psychiatre à l'urgence permet d'évaluer et d'orienter rapidement les personnes qui se présentent pour des besoins liés à la santé mentale, à l'usage de substances psychoactives ou à une situation d'itinérance;
- Un suivi systématique permettant de planifier de façon précoce les congés de l'unité de soins psychiatriques a été déployé.

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

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (1.09.32.00) :

Les données de l'Hôpital Shriners sont combinées avec les nôtres pour cet indicateur, même si cet établissement ne fait pas partie de notre CIUSSS. Ainsi, 5 usagers rattachés à cet établissement sont en attente depuis plus d'un an. Pour les 10 usagers rattachés à notre CIUSSS, des dates opératoires ont été planifiées.

Par ailleurs, nous souhaitons souligner que la cible qui nous est attribuée est beaucoup plus basse que les cibles attribuées à d'autres établissements de la province. Ainsi à Montréal, nous sommes le seul centre hospitalier pour lequel une liste d'attente nulle est exigée.

*** NOTE :** *Les cibles de cet indicateur pour les deux dernières années (2025-2026 et 2026-2027) seront déterminées ultérieurement, au courant de l'année 2024-2025. Pour leur part, les cibles nationales de cet indicateur pour les deux dernières années sont déjà déterminées (1 500 demandes en attente en 2025-2026 et 1 000 en 2026-2027).*

Légende :

| | |
|--|--|
| | Atteinte de l'engagement annuel : atteint à 100% |
| | Atteinte de l'engagement annuel : inférieur à 100% |

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

5.1 AGRÉMENT ET CERTIFICATION

AGRÉMENT

Notre CIUSSS a conclu le cycle 1 du programme Qmentum d’Agrément Canada (2018-2023) en confirmant son statut d’établissement agréé.

Nous avons reçu une recommandation suite à la visite de la séquence 5 qui a eu lieu en décembre 2022. Afin de compléter cette recommandation, nous devons déposer une preuve supplémentaire. Nous confirmons que le dépôt de cette preuve supplémentaire

sera fait auprès d’Agrément Canada dans le respect de l’échéancier prévu, soit d’ici le 13 juillet 2024.

Agrément Canada a fourni un rapport de fin de cycle à chaque établissement dans lequel il est possible d’établir un comparatif entre nos résultats et ceux du réseau. Nous pouvons y constater avec fierté que notre taux de conformité globale est supérieur à la moyenne des autres établissements du Réseau de la santé et des services sociaux.

| RÉSULTAT GLOBAL | CONFORMITÉ POR | CONFORMITÉ TOTAL |
|--|----------------|------------------|
| CIUSSS du Centre-Ouest-de l’Île-de-Montréal | 97,6% | 90% |
| Comparatif réseau | 94,4% | 81% |

Porté par ces excellents résultats, notre établissement a entamé le deuxième cycle d’accreditation avec l’évaluation des chapitres prévus à la séquence 1, soit les normes sur le leadership, la planification des soins et services en situations d’urgence et de sinistres, la santé publique, la télésanté, la prévention et le contrôle des infections, le retraitement des dispositifs médicaux et la gestion du circuit du médicament qui a eu lieu du 18 au 22 mars 2024.

Cette visite a permis à Agrément Canada de reconnaître et souligner comment le CIUSSS se positionne stratégiquement comme un leader en matière de qualité et d’excellence des soins et services en intégrant dans sa stratégie et ses opérations de base les meilleures pratiques internationales, ainsi qu’un

modèle de soins pionnier axé sur la valeur. Cette intégration innovante améliore considérablement la qualité et l’accessibilité des services fournis.

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DANS LES MILIEUX DE VIE

Notre établissement a poursuivi ses efforts à tous les niveaux pour garantir la qualité et la sécurité des milieux de vie de nos résidents. Les ressources nouvellement allouées par le MSSS à notre établissement pour la mise en place du Programme d’évaluation de la qualité dans les milieux de vie sont pleinement déployées.

Au terme du déploiement du programme, 100% des milieux de vie sous la gouverne de notre établissement devront avoir fait l’objet d’une évaluation et d’un accompagnement

dans la mise en place des standards en matière de qualité et sécurité pour les résidents. Actuellement, 100% des CHSLD, 63% des RPA et 69% des RI de notre territoire qui étaient visés par la phase 1 de déploiement du programme, ont été accompagnés par l'équipe d'évaluation de la qualité des milieux de vie du CIUSSS.

CERTIFICATION DES RPA

Le service de certification des RPA a poursuivi la réalisation de son calendrier d'évaluation en vue d'assurer la conformité des résidences au règlement de certification des RPA.

Au terme de l'année 2023-2024, 25 RPA sont certifiées, dont 7 doivent être renouvelées en 2024-2025, et une nouvelle RPA bénéficie pour le moment d'une attestation temporaire en attendant la complétion du processus de certification.

Nous avons enregistré une fermeture, qui concerne une RPA de catégorie 3 composée de 10 unités locatives, tandis qu'une nouvelle RPA de catégorie 3 et 4, comprenant 328 unités locatives, a ouvert ses portes sur notre territoire.

5.2 LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

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

- Poursuivre la décentralisation du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) pour les entrées de données AH-223 selon le calendrier établi;
- Promouvoir la culture de sécurité et l'amélioration continue;
- Continuer nos formations sur la déclaration des événements et la divulgation des accidents, et leur documentation;

- Finaliser le développement du Tableau de bord en gestion des risques permettant de mesurer la performance du processus de gestion des événements sentinelles (déclaration, analyse, rapport avec les recommandations, mise en place des recommandations et fermeture de l'événement) en vue d'améliorer l'efficacité du processus;
- Intégrer le suivi des recommandations découlant de l'analyse des rapports du Bureau du coroner et du Protecteur du citoyen au tableau de bord de gestion des risques;
- Poursuivre le programme des patients partenaires (nous en avons présentement 63) et leur intégration dans les comités clés et les équipes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) à travers le CIUSSS;
- Maintenir le leadership en matière de qualité, de sécurité et de réels partenariats et services centrés sur la personne en lien avec notre vision "Vos soins partout". Ceci va nous permettre de favoriser l'atteinte des indicateurs de résultats d'excellence de l'expérience usager et la rencontre de l'ensemble des cadres de normes d'Agrément Canada, des meilleures pratiques, des visites ministérielles, du processus d'assurance qualité des RI-RTF et de certification des RPA de façon intégrée et cohérente.

Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et accidents :

- Nomination des co-chefs et des membres des équipes ACQ interdisciplinaires, participation aux rencontres planifiées et aux comités clés afin d'assurer les auto-évaluations, une reddition de comptes et une participation active à l'amélioration et à la culture de sécurité;

- Activités de promotion des meilleures pratiques dans le cadre de la Semaine de la sécurité des patients;
- Reddition de comptes en suivant les résultats des rapports trimestriels et des tableaux de bord;
- Accompagnement de chaque direction par une conseillère en qualité et gestion des risques qui offre de la formation aux nouveaux employés, stagiaires et membres du personnel;
- Mise en œuvre des plans d'action des directions en matière de culture de sécurité, gestion des risques, amélioration de l'expérience usager et des soins et des services centrés sur la personne;
- Révision des plans de sécurité, suivis et présentations aux comités de qualité et de gestion des risques, ainsi qu'au comité Vigilance et qualité du conseil d'administration;
- Utilisation de tableaux de bord de qualité et de stations visuelles pour aider les équipes à prendre conscience des objectifs que nous nous sommes fixés et à en assumer la responsabilité. Partage de publications dans le journal de l'établissement (360°), sur l'Intranet et sur le site Internet du CIUSSS.

De plus, les politiques, procédures et formations suivantes ont été revues afin de correspondre aux meilleures pratiques dans le domaine :

- Politique sur la culture de sécurité;
- Politique sur l'approche centrée sur la personne;

- Politique sur les droits de patients;
- Politique sur la présence des proches;
- Meilleures pratiques liées à la divulgation – Formation des gestionnaires.

Définitions des principaux types d'incidents et d'accidents

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

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

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

Nature des 3 principaux types d'incidents (indices de gravité A et B)

Nature des 3 principaux incidents pour 2023-2024

| 3 PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS ¹ | NOMBRE | POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES INCIDENTS | POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS AU CIUSSS ² |
|---|------------|--|--|
| Médication | 289 | 24,1 % | 2,4 % |
| Événement lié au dossier de l'utilisateur | 83 | 6,9 % | 0,7 % |
| Événement lié à l'équipement | 80 | 6,7 % | 0,7 % |
| TOTAL | 452 | 37,7 % | 3,8 % |

¹ Résultat basé sur les données du SSSS extraites le 2 juin 2024.

² Total de 10 428 événements au CIUSSS.

Nature des 3 principaux types d'accidents (indices de gravité C à I)

Nature des 3 principaux accidents pour 2023-2024

| 3 PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS ¹ | NOMBRE | POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES INCIDENTS | POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS AU CIUSSS ² |
|---|--------------|--|--|
| chute | 3 923 | 42,5 % | 33,1 % |
| Médication | 1 092 | 11,8 % | 9,2 % |
| Blessure d'origine inconnue | 967 | 10,5 % | 8,2 % |
| TOTAL | 5 982 | 64,8 % | 50,5 % |

¹ Résultat basé sur les données du SSSS extraites le 2 juin 2024.

² Total de 10 428 événements au CIUSSS.

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

Le comité de qualité et de gestion des risques a poursuivi ses travaux et a tenu 8 rencontres dans la dernière année. Les éléments suivants ont été révisés : les données en lien avec la culture de sécurité, tous les enjeux liés à la sécurité du médicament, aux chutes, à la gestion de la pandémie et de la vaccination, à la prévention et au contrôle des infections, à la santé et sécurité au travail, à la démarche d'agrément, aux audits, à la prévention de la violence, à la loi de Vanessa et au programme NSQIP (National Surgical Quality Improvement Program).

Le comité effectue aussi un suivi des plans d'action associés au programme d'évaluation de la qualité dans les milieux de vie et de l'application de la politique de lutte contre la maltraitance.

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

- Médication :
 - Révision des médicaments à haut risque pour les patients en hémodialyse péritonéale réalisée avec l'équipe d'hémodialyse;
 - Examen des événements indésirables dans 400 dossiers médicaux reçus des Archives médicales : 60 événements indésirables liés aux médicaments ont été identifiés, pour lesquels des rapports seront complétés et soumis à Santé Canada.

- Événements liés au matériel et à l'équipement :
 - Mise en place et déploiement du programme de nettoyage et désinfection de bas niveau de l'équipement médical (nouvelle pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada).
- Chutes :
 - Mise en place d'un comité de prévention des chutes CIUSSS, destiné à réviser les événements en lien avec les chutes et à identifier les mesures permettant d'éviter la récurrence;
 - Activités et communications lors du mois de la prévention des chutes, en novembre de chaque année.
- Blessures d'origine inconnue :
 - Sensibilisation des équipes sur l'importance d'investiguer sur la cause des blessures afin d'apporter des changements et éviter la récurrence;
 - Sensibilisation sur la nécessité d'accroître la vigilance et de promouvoir l'évaluation de cas de maltraitance.

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

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

- La participation interdisciplinaire et inter-directions dans la prévention et la gestion des maladies infectieuses nous a permis de mettre en place les mesures suivantes :

- Plus de 2 000 personnes ont été formées par le département de Prévention et contrôle des infections à travers le CIUSSS, ou par le biais de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA), sur les mesures de prévention et de contrôle des infections;
- Création et mise à jour continue de politiques et procédures aidant à la gestion de la covid-19, tel le plan de soins pour le dépistage de la covid-19 à l'admission;
- Maintien d'une forte collaboration et complémentarité avec les équipes SAPA, Réadaptation, Prévention et contrôle des infections, Santé mieux-être au travail, Services de dépistage de la première ligne, Santé publique locale et régionale et Direction de la qualité;
- Création d'outils et de formations relatifs à la gestion de la gale dans les milieux de soins de longue durée (CHSLD et Ressources intermédiaires);
- Soutien hebdomadaire ou selon les besoins des installations, incluant une communication et collaboration continue dans l'application des directives ministérielles;
- Vigie journalière lors des caucus de sécurité, incluant un partage du nombre de cas.
- La surveillance des infections nosocomiales a permis d'identifier les tendances et de mettre en œuvre des plans d'action, afin de :
 - Gérer des éclosions ponctuelles telles que la gale, la covid-19, l'Influenza, la rougeole, etc.;
 - Renforcer les mesures de prévention des infections des cathéters centraux par le biais de l'instauration d'audits relatifs à l'*Ensemble de pratiques exemplaires visant les soins aux cathéters centraux* de l'Institut national de Santé publique du Québec (INSPQ);
 - Débuter la surveillance du taux d'incidence des infections urinaires associées à l'utilisation d'un cathéter urinaire en soins de longue durée et implantation d'un projet pilote dans deux unités de soins aigus;
 - Diminuer la colonisation par les entérobactéries productrices de carbapénémases, présentement à un taux annuel de 2,82/10 000 jours-patients;
 - Atteindre toutes nos cibles d'hygiène des mains dans tous nos secteurs de soins et services (84% à 98%). Suivi du taux de conformité par service et mise en place de plans d'actions lorsque les taux ne sont pas satisfaisants. En parallèle, poursuite de l'utilisation d'un outil d'autoévaluation de l'hygiène des mains pour les sites ambulatoires et les soins à domicile;
 - Effectuer les surveillances obligatoires des infections nosocomiales sur la plateforme SI-SPIN par le département de Prévention et de contrôle des infections;
 - Créer des nouveaux protocoles visant l'amélioration des pratiques de prévention et de contrôle des infections, notamment la création d'un corridor de services pour une prise en charge des patients ou travailleurs de la santé à la suite d'une exposition à la rougeole, ou encore un protocole de prise en charge d'un usager soupçonné d'avoir la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

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

Les comités directeurs et les comités locaux ont poursuivi leur travail de vigie sur l'utilisation des mesures de contrôle dans leurs sites respectifs. Les comités directeurs ont tenu 8 rencontres au cours de l'année 2023-2024.

Le comité du CIUSSS, en collaboration avec notre patiente partenaire et les comités locaux, a développé une philosophie de soins en lien avec la pratique de l'utilisation des mesures de contrôle, qui s'aligne à la mission de notre établissement ainsi qu'aux valeurs centrées sur l'utilisateur et ses proches.

Le programme d'audit comprend une évaluation de la prévalence des mesures de contrôle dans tous les sites de l'établissement sur une base trimestrielle. Au terme du programme d'audit de l'année 2023-2024, nous sommes en mesure de constater que le taux de prévalence global d'utilisation des mesures de contrôle est passé de 2,12% à l'été 2023 à 1,58% à l'hiver 2024.

Les actions suivantes visant à améliorer le processus d'évaluation et la sécurité de cette pratique d'exception ont été menées au cours de l'année :

- Développement d'un processus d'audit de dossiers portant sur la conformité du processus décisionnel lié à l'utilisation des mesures de contrôle;
- Révision du formulaire d'évaluation de la prévalence afin d'y ajouter les éléments nécessaires à la documentation dans le but de favoriser un processus d'audit efficace et efficient. Des indicateurs ont été choisis et seront obtenus par la révision des dossiers des patients identifiés avec une ou des mesures de contrôle;

- Harmonisation des listes d'équipements autorisés et des procédures d'utilisation sécuritaire;
- Formation des employés sur l'identification et l'application des mesures de contrôle mécaniques :
 - Identification – SAD :
 - ◆ Dans le but d'assurer la sécurité des patients recevant des services à domicile, le comité local SAD a formé les ASSS afin de les sensibiliser à l'identification et au repérage de mesures de contrôle, et à communiquer leurs observations aux gestionnaires de cas.
 - Application :
 - ◆ Afin d'assurer une prestation de soins et services sécuritaires, des formations sur l'application de mesures de contrôle mécaniques ont débuté dans plusieurs sites. Des données concrètes pourront être présentées lors du bilan 2024-2025.

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

Le comité de la vigilance et de la qualité s'est rencontré 5 fois au cours de l'année 2023-2024. Au cours de ces rencontres, le Commissaire a soumis au comité l'ensemble de ses recommandations, des engagements de l'établissement envers les clientèles du CIUSSS ainsi que la somme des résumés des dossiers n'ayant pas fait l'objet de mesures.

Les principales thématiques abordées par les recommandations sont les suivantes :

- La maltraitance (302/756 mesures);
- Les relations interpersonnelles (105/756 mesures) et l'accessibilité (105/756 mesures);
- Les services dispensés (102/756 mesures).

Notons que la hausse des signalements liés à la maltraitance s'explique en partie par les efforts de promotion de la nouvelle Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité qui a été adoptée par le Conseil d'administration au début de l'année 2023-2024.

Voici quelques mesures mises en place pour donner suite aux recommandations formulées par le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans la dernière année :

- Suivi effectué par la Direction de la qualité auprès de ressources intermédiaires (RI) et Résidences privées pour aînés (RPA);
- Modification de la politique du CIUSSS et de la procédure afin que la distinction soit bien établie entre un objet de valeur (ex. iPad) et un objet essentiel à la qualité de vie et à l'hébergement, similaire à un objet essentiel à l'hospitalisation (ex. dentier, appareils auditifs, etc.);
- Rappel de la Politique de civilité aux employés visés par une plainte à cet effet;
- Proposition de changement de programme plus adapté aux besoins des usagers.

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

Deux rapports du Protecteur du citoyen ont été reçus par notre établissement.

| LIBELLÉ DE LA RECOMMANDATION DE 2023-2024 | STATUT DE LA RECOMMANDATION |
|---|--|
| Cas 1: Service d'obstétrique | |
| S'assurer que le personnel soignant du triage obstétrical effectue une prise en charge adéquate de la douleur. | En cours Échéancier : 15 juillet 2024 |
| Rappeler au personnel soignant du triage obstétrical l'importance d'effectuer une évaluation clinique complète de l'usagère au premier stade du travail, au minimum 60 minutes et/ou selon les besoins. | Complété 15 mai 2024 |

| LIBELLÉ DE LA RECOMMANDATION DE 2023-2024 | STATUT DE LA RECOMMANDATION |
|---|--|
| Cas 2: CLSC et GMFU Côte-des-Neiges | |
| Produire un plan d'action présentant les solutions identifiées afin de répondre aux besoins de la clientèle en attente de la modalité du chèque emploi-service (CES). | En cours Échéancier : 30 septembre 2024 |

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

En 2023-2024, l'établissement a reçu 4 rapports du Coroner contenant des recommandations devant faire l'objet d'un suivi.

| RECOMMANDATIONS | STATUT DE LA RECOMMANDATION |
|--|--|
| Cas 1 : Décès à domicile causé par une hypoglycémie gérée | |
| Revoir les directives d'interventions en matière de diabète et d'hypoglycémie auprès des préposés, afin que les directives soient appliquées conformément aux recommandations de Diabète Québec. | Complété |
| Revoir les interventions effectuées auprès de Mme le 16 octobre 2019, en parallèle avec le plan d'intervention élaboré à son endroit. | Complété |
| Revoir la méthode appliquée quant à la tenue de dossier, en ce qui a trait au contrôle du diabète. | Complété |
| Cas 2 : Décès d'un nouveau-né survenu le 29 janvier 2016 dans une maison de naissance | |
| Réévaluer le matériel mis à la disposition des maisons de naissance et renforcer l'entraînement. | En cours Échéancier : 31 juillet 2024 |

| | |
|--|---|
| Les maisons de naissance doivent instaurer un protocole structuré pour permettre aux services d'urgence d'avoir accès à l'immeuble dès leur arrivée. | En cours Échéancier : 31 décembre 2024 |
| Modifier les critères de distance d'un centre hospitalier lors de l'implantation de maisons de naissance. | En cours Échéancier : 31 mars 2025 |
| Cas 3 : Les services de physiothérapie ambulatoires offerts dans un hôpital sans frais sont soumis à d'importantes listes d'attente | |
| Prendre des mesures afin de réduire les délais d'attente pour les services de physiothérapie ambulatoires pour les personnes avec des problèmes de santé invalidants ou affectant leur capacité à se déplacer de façon sécuritaire afin de garantir un accès gratuit en temps opportun à ces services. | En cours Échéancier : 30 juin 2024 |
| Cas 4 : Traumatisme crânien consécutivement à une chute de sa hauteur dans un centre de réadaptation | |
| La formation du personnel à l'utilisation d'un nouvel outil d'évaluation du risque de chutes, comprenant l'importance de remplir ce formulaire lors de l'admission de chaque nouveau patient. | Complété |

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

| COMITÉ DES PATIENTS | |
|--|---|
| RECOMMANDATIONS | STATUT DE LA RECOMMANDATION |
| Politique sur la culture de sécurité des patients : Intégrer des mesures que l'établissement mettrait en place dans l'éventualité de résidents qui peuvent avoir des comportements violents à l'endroit de d'autres résidents ou le personnel. | Complété |
| Politique sur la lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables. Demande de former les membres des comités des patients. | Complété : Accès à la formation en ligne de la plateforme ENA. En cours : Une formation sera faite aux membres à l'été 2024. |

5.3 Le nombre de mises sous garde dans une installation selon la mission

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

| | MISSION CH | MISSION CLSC | TOTAL MISSIONS |
|---|------------|--------------|----------------|
| Nombre de mise sous garde préventive appliquées | 609 | - | 609 |
| Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations | Sans objet | Sans objet | 201 |
| Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées | 182 | 8 | 190 |
| Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement | Sans objet | Sans objet | 255 |
| 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) | 245 | - | 245 |

5.4 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

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

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

5.5 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Information de la population

Nous nous assurons de diffuser régulièrement et rapidement l'information requise à la population par le biais de notre site Internet et de nos réseaux sociaux. Cette information porte notamment sur les mesures à suivre relativement à des événements de santé publique tels que la rougeole, la grippe, la covid-19, etc., sur les modifications de nos offres de service (ouverture de Points de

services locaux, heures d'ouverture, mesures d'accès, modalités pour les personnes accompagnantes, etc.), ainsi que sur les détails concernant les services tels qu'Info-Santé, Info-Social, LAMAA, etc.

- Activité avec la population :
 - Notre Assemblée publique d'information annuelle a eu lieu le 8 novembre 2023.
 - Près d'une centaine de personnes y ont assisté. La rencontre a été traduite simultanément en langue des signes (français et anglais), grâce à 2 interprètes.
- Plateforme Web :
 - De nombreux renseignements sont facilement accessibles à partir de notre site Internet : ciussscentreouest.ca. Un total de 1,9 million de pages de ce site ont été consultées en 2023.
 - Plusieurs publications sont diffusées régulièrement :
 - ◆ ciussscentreouest.ca/a-propos-du-ciusss/publications-videos-et-balados/
 - ◆ Le lectorat des Nouvelles HGJ est resté stable, avec près de 131 000 pages consultées en 2023. jghnews.ciusswestcentral.ca/fr/
 - ◆ L'Infolettre 360° a été lue 152 000 fois en 2023, soit 74% d'augmentation par rapport à l'année dernière. ciusss360.ca/fr/
- Nous sommes présents sur de nombreux médias sociaux, et le nombre de nos abonnés a augmenté comparativement à l'an dernier :

- Youtube : @CIUSSSCentreOuest – 3 716 abonnés (15% d'augmentation)
- LinkedIn : CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal | CIUSSS West-Central Montreal – 30 616 abonnés (32% d'augmentation)
- Instagram : CIUSSSCentreOuest – 3 291 abonnés (12% d'augmentation)
- Facebook : CIUSSSCentreOuest – 13 194 abonnés (5% d'augmentation)
- X (Twitter) : CIUSSS_COMTL – 3 292 abonnés (stable)

- Notre Équipe des communications a répondu à 629 demandes médias.
- Nous avons maintenu nos liens avec les comités des usagers et nos partenaires communautaires, ainsi que nos participations aux différentes tables de concertation. L'ensemble de ces activités nous a permis de transmettre de l'information à tous les groupes communautaires de la région que nous desservons, et de nous assurer que nous répondions adéquatement aux besoins des citoyens. Nous avons maintenu notre engagement envers nos communautés et sommes restés proactifs. Nous avons également maintenu des liens étroits avec les élus de la région que nous desservons pour veiller à ce que leurs citoyens (nos usagers) soient bien informés de tout développement pertinent.

Consultation et implication :

Patients partenaires

Les patients partenaires font partie intégrante de nos modes d'intervention depuis plus de 15 ans. Les patients partenaires se joignent à différents projets, comités, équipes d'amélioration continue de la qualité ou autres initiatives, et ceci à travers toutes les

missions du CIUSSS. Ils nous permettent de nous améliorer, en tenant compte de leur vision des soins et en intégrant le ressenti vécu par nos patients. Cette collaboration apporte une grande satisfaction, tant de la part des patients partenaires, que des équipes qui ont eu à travailler avec eux.

En 2023-2024, nous avons reçu 44 nouvelles demandes d'implication de patients partenaires. Les patients partenaires sont actuellement investis dans diverses activités telles que :

- Le comité évaluation de l'environnement physique du CIUSSS;
- Les comités d'amélioration continue de la qualité, dont le comité de la qualité et la gestion des risques, et celui sur la télésanté;
- Le développement de la nouvelle unité de soins palliatifs;
- Le comité de travail sur la vérification des effets personnels des patients;
- La révision fréquente et en continu des politiques, procédures et dépliants du CIUSSS;
- Le projet *Infirmière au cœur de l'innovation en santé* : transformer et améliorer la pratique infirmière en favorisant l'utilisation des outils de santé connectés;
- Les comités tactiques de notre Centre de commandement et de l'Hôpital@Domicile;
- Différents projets de nos directions cliniques;
- La table clinique de la prévention et contrôle des infections (TC-PCI).

Mesure de l'expérience patients

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

Le programme d'évaluation de l'expérience des patients entamera donc sa 10^e année en 2024-2025. En guise de bilan pour l'année 2023-2024, soulignons que le SEHPC représente plus de 7 280 questionnaires envoyés par année, sur lesquels 1 163 ont été complétés et retournés.

En 2023-2024, comme par le passé, les patients sondés en soins aigus soulignent une grande satisfaction d'être traités avec respect et courtoisie par les professionnels de la santé. Il ressort des sondages de l'expérience usager que plus de 67% des patients attribuent à l'Hôpital général juif une note de 9 à 10 sur 10 (10 étant le meilleur hôpital possible). Aussi, plus de 81% des patients recommanderaient l'hôpital aux membres de leur famille ou à leurs amis.

D'autres programmes ont également réalisé des sondages sur l'expérience des patients et de leurs proches. Nous avons comptabilisé une vingtaine de secteurs parmi lesquels la clientèle en réadaptation pour les patients admis à l'hôpital, la clientèle en santé mentale, la clientèle des CHSLD, la clientèle de notre programme d'Hôpital@Domicile, incluant plusieurs sondages pour les proches aidants, ou encore la clientèle de différentes cliniques externes et des services administratifs.

Ce sont donc plus de 5 000 questionnaires qui ont été remplis par les patients et que nous avons reçus.

Suite à la réception de ces questionnaires, l'équipe de la qualité effectue une analyse des résultats trimestriellement, et des rapports sont transmis aux directions cliniques afin que des actions d'amélioration soient mises en place au plus grand bénéfice des patients et de leurs proches.

Implication : Service de bénévoles

La culture du bénévolat est extrêmement forte et profondément ancrée dans notre communauté. Depuis plusieurs années maintenant, l'offre de services des bénévoles se distingue par la diversité des activités ainsi que la multitude des besoins couverts. Agrément Canada a d'ailleurs souligné la présence importante des bénévoles dans notre établissement. En effet, ce sont plus 1 100 bénévoles qui œuvrent activement à rendre l'expérience des patients plus agréable, en collaboration avec les équipes de soins. De plus, par rapport à la période pré-pandémique, notre nombre de bénévoles a augmenté de 18,7%.

Au niveau du recrutement, soulignons la nouvelle collaboration avec FOHA, l'association des étudiants de santé du Collège Marianopolis, qui, en complémentarité avec les collaborateurs des différents établissements d'enseignement de notre territoire (Concordia, Collège Vanier, McGill, Dawson, École Herzliah, Collège Brébeuf, École Sommet), a permis de recruter un grand nombre de nouveaux bénévoles cette année.

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

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

| ACTIVITÉ | INFORMATION DEMANDÉE | SITE OU INSTALLATION ¹ | | | | TOTAL ² |
|-----------------------------------|---|-----------------------------------|-------|----------|----------------------------|--------------------|
| | | CENTRE HOSPITALIER | CHSLD | DOMICILE | MAISON DE SOINS PALLIATIFS | |
| Soins palliatifs et de fin de vie | Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier | 481 | | | | N/A |
| | Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD | | 146 | | | N/A |
| | Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile | | | 734 | | N/A |
| | Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs | | | | 139 | N/A |
| Sédation palliative continue | Nombre de sédations palliatives continues administrées | 27 | | | | 27 |
| Aide médicale à mourir | Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées | 164 | | | | 164 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir administrées | 88 | | | | 88 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : <ul style="list-style-type: none"> 8 personnes remplissaient les conditions au moment de la demande, mais ont cessé de les remplir au cours de la procédure d'évaluation. 13 personnes sont décédées avant l'administration. 15 personnes sont décédées avant la fin de l'évaluation. 11 personnes ont retiré leur demande ou ont changé d'avis. 10 personnes ne remplissaient pas les conditions au moment de la demande. 14 personnes ont été transférées dans un autre établissement. 30 personnes pour lesquelles la demande ou le processus sont en cours d'évaluation | 101 | | | | 101 |

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

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

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

Tableau : Dépenses par programmes-services

| PROGRAMMES | EXERCICE PRÉCÉ- DENT | | EXERCICE COURANT | | VARIATION DES DÉPENSES | |
|---|-------------------------|-------------|----------------------|-------------|---------------------------|-------------|
| | DÉPENSES | % | DÉPENSES | % | ÉCART* | %** |
| PROGRAMMES - SERVICES | | | | | | |
| Santé publique | 25 720 374 | 2,2 % | 8 475 975 | 0,7 % | -17 244 399 | -67 % |
| Services généraux - Activités cliniques et d'aide | 130 541 180 | 11,2% | 158 768 535 | 12,9% | 28 227 355 | 21,6% |
| Soutien à l'autonomie des personnes âgées : • Volet Héberge- ment | 157 583 449 | 13,6% | 150 932 014 | 12,2% | -6 651 435 | -4,2% |
| Soutien à l'autonomie des personnes âgées : • Volet Soutien à domicile et autres | 78 981 485 | 6,8% | 90 437 538 | 7,3% | 11 456 053 | 14,5% |
| Déficience physique | 48 405 992 | 4,2% | 52 480 199 | 4,2% | 4 074 207 | 8,4% |
| Déficience intellectu- elle et TSA | 45 538 419 | 3,9 % | 50 906 342 | 4,1% | 5 367 923 | 11,8% |
| Jeunes en difficulté | 9 608 527 | 0,8 % | 10 378 614 | 0,8 % | 770 087 | 8% |
| Dépendances | 1 673 321 | 0,1% | 1 948 429 | 0,2% | 275 108 | 16,4% |
| Santé mentale | 32 547 534 | 2,8% | 35 786 903 | 2,9% | 3 239 369 | 10% |
| Santé Physique | 384 650 133 | 33,1% | 400 144 460 | 32,4% | 15 494 327 | 4% |
| PROGRAMMES SOUTIEN | | | | | | |
| Administration | 82 590 347 | 7,1% | 99 241 536 | 8% | 16 651 189 | 20,2% |
| Soutien aux services | 77 342 736 | 6,7% | 89 304 838 | 7,2% | 11 962 102 | 15,5% |
| Gestion des bâtiments et des équipements | 86 065 635 | 7,4% | 86 715 486 | 7% | 649 851 | 0,8% |
| Total | 1 161 249 132 | 100% | 1 235 520 869 | 100% | 74 271 737 | 6,4% |

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

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

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

<https://www.ciusscentreouest.ca/a-propos-du-ciuss/rapports/rapport-financier/>

7.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Pour l'exercice financier clos le 31 mars 2024, l'établissement présente un déficit budgétaire global de 3 567 668\$. L'établissement présente un déficit au fonds d'exploitation de 5 380 486\$, et un excédent au fonds d'immobilisations de 1 812 818\$.

Selon les résultats présentés à la page 200-00 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2024, l'établissement n'a

pas respecté l'obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin d'une année financière.

Le déficit du fonds d'exploitation de cette année s'explique par deux activités : le bloc opératoire et la salle d'urgence. Le sous-financement ministériel de ces deux activités a entraîné des déficits structurels qui existent depuis de nombreuses années. Les activités de notre bloc opératoire entraînent un déficit de 2M\$, et les activités de notre salle d'urgence entraînent un déficit de 3,4M\$.

En prévision du prochain exercice financier, nous sommes en discussion avec le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de trouver des solutions pour corriger ces déficits structurels.

7.3 LES CONTRATS DE SERVICES

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

| | NOMBRE | VALEUR |
|--|--------|----------------|
| Contrats de services avec une personne physique ¹ | 14 | 11 495 927 \$ |
| Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ² | 171 | 261 389 657 \$ |
| Total des contrats de services | 226 | 272 885 584 \$ |

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.

8. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

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

CONNECTÉ PARTOUT : UN ACCÈS AUX SERVICES PARTOUT DANS LE CIUSSS

La transformation numérique du réseau de la santé et des services sociaux nécessite que nous mettions en place des solutions de télécommunication performantes, disponibles et sécuritaires. Ces solutions permettront aux cliniciens de maintenir une expérience d'accès uniforme à travers l'ensemble des sites de notre CIUSSS. Afin de se préparer à cette transformation majeure, notre CIUSSS a initié des grands projets depuis plusieurs années. L'année 2023-2024 marque une étape importante dans cette feuille de route technologique. Parmi les grands projets, mentionnons la migration des systèmes téléphoniques désuets à une solution d'entreprise offrant une haute disponibilité, tout en offrant de nouvelles fonctionnalités de mobilité; La suite du déploiement du réseau WiFi sur les sites externes à l'Hôpital Général Juif; Le rehaussement de notre réseau de fibres optiques pour une intégration optimale des sites principaux du CIUSSS; Le remplacement des derniers équipements de télécommunication en fin de vie; L'intégration de Rogers à notre solution Telus/Bell d'amplification des signaux cellulaires.

CYBERSÉCURITÉ INTÉGRÉE AUX OPÉRATIONS : LE RÉFLEXE CYBERSÉCURITÉ DEMEURE AU CENTRE DE NOS OPÉRATIONS

La Cybersécurité demeure un défi de tous les jours. Protéger ses actifs informationnels requiert la mise en place d'outils et de processus supportés par une équipe solide. En 2023-2024, notre équipe dédiée en cybersécurité est pleinement fonctionnelle avec la prise en charge des volets technologiques, des risques et de la gouvernance. Parmi les changements importants, mentionnons le pilotage d'une solution d'intelligence artificielle au centre de surveillance, une feuille de route plus complète en sensibilisation, des processus en gestion du risque mieux intégrés aux façons de faire de l'organisation, et le développement continu de nos relations avec le Centre opérationnel en cyberdéfense du Ministère de la Cybersécurité et du numérique.

UN PORTAIL DE SERVICES ORGANISATIONNEL : UNE APPROCHE QUI VA AU-DELÀ DE L'INFORMATIQUE

Offrir des services en technologie de l'information exige un outil de gestion des changements, des incidents, des inventaires et des demandes de services. La transformation numérique amorcée au sein de notre CIUSSS depuis plusieurs années nous a obligés à migrer notre outil vers une solution d'entreprise mieux adaptée. Cette transformation nous a permis également de passer à un Portail de services organisationnel (service Auxilium), lequel évoluera au fil des années afin d'intégrer non seulement les services informatiques, mais également les ressources humaines, les archives médicales, la santé numérique, les services techniques, ainsi que tout autre service offert aux départements du CIUSSS.

DES PROJETS D'INNOVATION : L'INFORMATIQUE COMME PARTENAIRE ORGANISATIONNEL

Au cours de la dernière année, d'importantes améliorations et de nombreuses nouvelles solutions applicatives ont été mises en place pour renforcer continuellement l'expérience patient et fournir à nos cliniciens des outils de travail plus efficaces. Nous avons également poursuivi l'amélioration de nos environnements afin de renforcer la sécurité et les performances de nos actifs informationnels. Sur le plan clinique, l'introduction d'applications telles que SAIRC et GrayOS a permis un meilleur suivi et une optimisation de la trajectoire des patients, notamment dans les services d'urgence et d'oncologie. De plus, la mise en place du Guichet d'Accès à la Première ligne (GAP) témoigne de notre engagement à offrir à notre clientèle les meilleurs services au meilleur moment.

BUREAU DE PROJETS EN TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION : UN PORTEFOLIO DE PROJETS POUR LES MEILLEURS SOINS

Au cours de la dernière année, notre bureau de projets a subi une transformation significative, adoptant des nouvelles pratiques nous permettant de répondre aux demandes de projets les plus complexes de manière agile. Cette évolution a été notamment marquée par l'intégration d'outils de gestion de projets de pointe, permettant une gestion plus transparente et efficace des différentes phases des cycles de vie d'un projet, tout en assurant une allocation optimale des ressources et une exécution stratégique des objectifs organisationnels du CIUSSS. De plus, la récente mise en place d'indicateurs de gestion offre à la direction une vision claire de l'impact des projets sur la capacité de l'équipe, permettant des décisions plus éclairées et une utilisation optimale des ressources disponibles. Cette combinaison d'initiatives témoigne de notre engagement constant envers l'amélioration continue, et de notre capacité à rester à la pointe des meilleures pratiques en gestion de projet.

DOSSIER SANTÉ CONNECTÉ (DSC)

Dans le cadre de nos travaux visant le déploiement d'un Dossier Santé Connecté (DSC) à l'échelle de notre CIUSSS, nous avons lancé avec succès le visualiseur de chronologie des patients en novembre 2023. Le visualiseur permet aux cliniciens de l'ensemble de l'organisation de voir le parcours de soins de santé d'un patient dans une seule application, plutôt que d'avoir à consulter plusieurs systèmes différents afin d'avoir accès à ces informations. Les avantages pour les cliniciens sont très élevés, notamment en termes de gains de temps et de facilité pour l'accès aux différentes données, ainsi que de visualisation de la trajectoire de soins de façon globale, au lieu d'avoir des informations morcelées.

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Afin de nous conformer à la Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels (LQ 2021, c. 25), nous avons mis en place une gouvernance appropriée pour la protection des renseignements personnels, ainsi qu'un cadre de gestion et de gouvernance de la confidentialité des données. Notre Programme de protection des renseignements personnels supervise la conception et la mise en œuvre de mesures, de processus et de procédures pour la protection des renseignements personnels, organisationnels et cliniques de notre CIUSSS, tout au long du cycle de vie de l'information.

INTELLIGENCE D’AFFAIRE ET ANALYTIQUE

L'équipe de données d'entreprise a fourni des solutions infonuagique PowerBI innovantes sous forme de tableaux de bord d'intelligence d'affaire en temps réel :

- Niveau de prévention des soins alternatifs – transfert des patients de l'hôpital vers des lits de réadaptation dans la communauté;
- Analyse de la population desservie par l'Hôpital général juif, y compris la répartition géographique;
- Tableau de bord de l'infirmière et des médecins dans la salle d'urgence pour obtenir des données en temps réel sur le flux de patients en salle d'urgence, comme celles sur les civières d'urgence, en attente de triage, les salles familiales ou la santé mentale.

L'équipe de données d'entreprise a également développé des solutions innovantes en utilisant Power Automate et Power Platform, telles qu'un service d'alerte dynamique au sujet de l'occupation des civières de l'urgence pour les patients dont la durée de séjour dépasse huit heures, et un système de billetterie dynamique pour le centre de commandement C4.

INFRASTRUCTURE DE DONNÉES D’ENTREPRISE – PLATEFORME MDCLONE

La plateforme MDClone ADAMS a été mise en service en juillet 2023, date à laquelle notre CIUSSS est devenu la 1re entité de soins de santé au Québec utilisant la plateforme de données synthétiques pour l'analyse.

MDClone est une plateforme sophistiquée d'analyse de données sur les soins de santé, qui nous permet d'avoir accès à une très grande quantité de données cliniques, de données administratives et de recherches. La plateforme permet de supprimer les longues attentes associées aux analyses traditionnelles, tout en protégeant la confidentialité des patients. Les chercheurs, les cliniciens et les autres utilisateurs autorisés peuvent désormais consulter les données sans l'aide des analystes de la technologie de l'information, réduisant ainsi les échéanciers des projets de plusieurs mois à quelques jours. MDClone garantit la confidentialité des patients en générant des données synthétiques qui conservent toutes les propriétés statistiques des données originales, sans retenir les renseignements individuels sur les patients. Les données synthétiques sont à la fois sûres et sécurisées, ce qui offre de nouvelles possibilités aux chercheurs et aux innovateurs pour résoudre les problèmes de soins de santé les plus ardues.

9. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué dans notre établissement pour l'année 2023-2024.

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

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

ANNEXE

ANNEXE : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

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

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. FONDEMENT LÉGAL

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

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

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

3. DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. CHAMP D'APPLICATION

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

5. DISPOSITION FINALE

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

6. DIFFUSION

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

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

SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

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

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

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

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

8. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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

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

8.1 DISPONIBILITÉ ET COMPÉTENCE

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

8.2 RESPECT ET LOYAUTÉ

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

8.3 IMPARTIALITÉ

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

8.4 TRANSPARENCE

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

8.5 DISCRÉTION ET CONFIDENTIALITÉ

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

8.6 CONSIDÉRATIONS POLITIQUES

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 RELATIONS PUBLIQUES

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

8.8 CHARGE PUBLIQUE

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

8.9 BIENS ET SERVICES DE L'ÉTABLISSEMENT

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

8.10 AVANTAGES ET CADEAUX

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

8.11 INTERVENTIONS INAPPROPRIÉES

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

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

18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

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

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné.

Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

| | |
|----------|-----------|
| Fonction | Employeur |
|----------|-----------|

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF FÊTE SES 90 ANS EN 2024



LE CHAMP DES POSSIBLES...

Après son ouverture en 1934, l'Hôpital général juif était encore en grande partie entouré de terrains vagues. Le champ du côté ouest de l'hôpital était utilisé pour cultiver des légumes pour les repas des patients, ainsi que comme aire de loisirs pour les patients et les membres du personnel.

Nous apercevons le chemin de la Côte-Sainte-Catherine dans le coin supérieur gauche de la photo.

<https://jghnews.ciuusswestcentral.ca/fr/soins-de-sante-et-terre-agricole/>