



# Rapport annuel de gestion

**2023–2024**

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

POUR  
UN MONDE  
EN SAN+É

[ciusssnordmtl.ca](http://ciusssnordmtl.ca)

Québec 







## **Rapport annuel de gestion 2023-2024**

Production de la Direction des communications et des relations avec les médias

555, boulevard Gouin Ouest  
Montréal (Québec) H3L 1K5  
ciusssnordmtl.ca

### **Notes**

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne, sur le site Web de l'établissement.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2024  
Tous droits réservés

### **Dépôt légal**

ISBN **978-2-550-97611-0** (version imprimée)

ISBN **978-2-550-97612-7** (version PDF)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024



## TABLE DES MATIÈRES

1. Message des autorités .....	2
2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents .....	5
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants .....	6
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité .....	20
5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....	29
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	52
7. Les ressources humaines .....	54
8. Les ressources financières .....	55
9. Les ressources technologiques et informationnelles.....	58
10. État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant.....	60
11. La divulgation des actes répréhensibles .....	61

Annexe 1 : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

## 1. Message des autorités

Au terme de l'année 2023-2024, nous pouvons affirmer que nous avons accompli de nombreuses réalisations. Les réussites de notre établissement, petites et grandes, se traduisent aujourd'hui par une amélioration de l'accès aux soins et services pour notre population et nos usagers.

### **Maintenir le cap... tout en assurant notre plein développement**

L'année a été marquée par des transformations organisationnelles qui ont été accueillies avec optimisme au sein du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM).

En mai 2023, madame Adélaïde De Melo, nommée présidente-directrice générale, a pris la barre de notre établissement pour un mandat de quatre ans. Passionnée par la santé et détenant une excellente connaissance de notre CIUSSS, madame De Melo est un atout pour le développement de notre organisation. Nous remercions chaleureusement son prédécesseur, monsieur Frédéric Abergel, pour son implication et sa contribution exceptionnelles. Nous tenons aussi à saluer madame Julie Boucher, ancienne présidente-directrice générale adjointe, pour l'excellence de son travail et pour son leadership au cours de ses mandats. En janvier 2024, madame Marie-Eve Lemieux, qui œuvre au CIUSSS NIM depuis 2018, a été nommée présidente-directrice générale adjointe pour un mandat de quatre ans. C'est donc dans un esprit de stabilité et de continuité que la haute direction gère notre établissement, et ce, toujours en conservant une approche de proximité et de bienveillance.

Le CIUSSS NIM souhaite améliorer significativement la fluidité lorsqu'un usager reçoit des soins et services nécessitant l'implication de plusieurs intervenants et services. C'est pourquoi la Direction de l'accès et de la fluidité (DAF) a été créée. La mission de cette nouvelle direction est d'améliorer l'expérience usager et du proche aidant, d'assurer un niveau de satisfaction élevé envers notre organisation, de diminuer les délais pour avoir accès à un service et enfin, d'assurer une communication efficace entre la communauté et les centres hospitaliers. Depuis sa création, la DAF a participé à divers projets en collaboration avec plusieurs directions de notre établissement, notamment pour analyser les dossiers des usagers ayant une longue durée de séjour, mettre en place le suivi des séjours ainsi que la planification précoce et conjointe du congé (SSPPCC), et enfin, implanter la trajectoire de soins pour les patients affectés par la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Elle travaille aussi activement à faire diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière à l'urgence.

Toujours dans une perspective de développement organisationnel, la Direction des communications et des relations avec les médias a également été mise sur pied. Cette direction aura pour mission de travailler activement au rayonnement externe et interne du CIUSSS NIM, aux relations avec le ministère et les médias, mais aussi de développer des stratégies de communication relatives aux grandes priorités de notre Plan d'action annuel. Elle sera responsable de faciliter le dialogue et la compréhension entre les partenaires internes et externes, mais surtout entre notre établissement et la population, pour qui nous travaillons tous sans relâche.

Ces transformations sont cohérentes avec la vision que nous nous sommes donnée : « Ensemble, fiers et passionnés, innovons pour créer un monde en santé ».

### **Innover en santé**

L'année 2023 marque le tournant de la transformation numérique au CIUSSS NIM et aura été prolifique pour le projet Dossier santé numérique (DSN), dont le CIUSSS est un site vitrine. La préparation à sa venue aura mobilisé la participation et la collaboration de plusieurs équipes de travail. Ainsi, 160 équipes ont réalisé leur mission printanière, laquelle consistait, entre autres, à sonder les équipes sur leurs principaux besoins liés au développement de leurs compétences numériques. Ces travaux de modernisation numérique se poursuivent en 2024 avec les travaux de conception des futurs processus de travail, d'optimisation des espaces de travail et de configuration de la solution DSN d'Epic Systems Corporation. Cette entreprise a été sélectionnée au terme d'un processus d'appel d'offres pour mettre en œuvre le DSN.

Sur le plan des avancées médicales et de la recherche, nos équipes de soins se sont une fois de plus surpassées, que ce soit en soins intensifs, en chirurgie ou encore en lésions médullaires, pour n'en citer que quelques-unes. Soulignons par ailleurs la contribution du Centre d'études avancées en médecine du sommeil (CÉAMS), situé à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, et qui étudie et traite les troubles du sommeil. Accueillant cinq chaires de recherche, le centre est membre d'un consortium international qui mène actuellement un projet d'envergure sur le somnambulisme. Les chercheurs du CÉAMS travaillent par ailleurs sur une première mondiale au sujet de l'identification des gènes associés au syndrome des jambes sans repos.

Nous sommes aussi très fiers d'annoncer que notre centre de recherche a reçu l'acceptation sans condition de son plan stratégique par le Fonds de recherche du Québec (FRQ). Grâce à une nouvelle vision axée sur la recherche sociale et la santé publique, nous avons pu tirer notre épingle du jeu. Nous permettrons ainsi aux chercheurs, aux étudiants et au personnel de se retrouver dans un environnement stimulant, qui leur permet d'une part d'aborder des questions complexes, et d'autre part, de répondre aux besoins dérivant des trajectoires de vie, de soins ou de services propres aux populations de notre territoire.

### **Construire l'avenir**

Pour nos générations à venir, nous sommes heureux de souligner que le secteur de Montréal-Nord accueille désormais une nouvelle ressource pour les jeunes de 12 à 25 ans. Inaugurée en mars 2024, Aire ouverte Montréal-Nord-Lacordaire offre des services de santé et de bien-être aux jeunes et à leur entourage. Il s'agit là de notre deuxième site fixe, lequel s'ajoute au tout premier site fixe Ahuntsic-Sauriol, ainsi qu'à nos trois sites satellites, respectivement situés à Bordeaux-Cartierville, Saint-Laurent et Montréal-Nord-Saint-Vital. En marge de cette inauguration, et toujours avec pour but avoué de bonifier nos services, le déploiement du programme *Ma famille, ma communauté* à Montréal-Nord a aussi été annoncé. Ces deux initiatives s'inscrivent dans la volonté du CIUSSS NIM d'améliorer l'accessibilité des soins et services sociaux à la population de Montréal-Nord.

Il est important de souligner que d'autres projets de construction et de réaménagement des espaces sont en cours afin de permettre aux usagers de vivre une meilleure expérience des soins et à nos équipes de travailler dans les meilleures conditions possibles.

### **Recruter et prendre soin de nos équipes**

Le recrutement et la rétention des nouveaux employés dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre nous amènent à user de créativité dans la gestion des ressources humaines. Notre marque employeur « Juste ici » a d'ailleurs fait peau neuve. Des événements de recrutement locaux pour les différents services ont été organisés tout au long de l'année. Des programmes de reconnaissance ont été déployés afin d'améliorer la rétention des employés, sans compter que nous avons réalisé 217 embauches issues de la main-d'œuvre indépendante (MOI). Cette performance notable aura assurément un impact positif sur notre objectif de stabiliser les équipes, mais aussi par rapport à notre obligation de nous affranchir du recours à la MOI. Selon les données issues du ministère de la Santé et des Services sociaux et datées du 22 mars 2024, nous nous classons au premier rang des établissements ayant procédé au plus grand nombre d'embauches de membres du personnel provenant de la main-d'œuvre indépendante au Québec.

En terminant, il est essentiel de remercier chaleureusement les membres du personnel, les gestionnaires, les médecins, les sages-femmes ainsi que les bénévoles, les stagiaires et les chercheurs au sein de nos divers services, comités et conseils qui ont rendu possibles ces réalisations dignes de mention.

Nous remercions également nos fondations pour leur soutien inébranlable dans la réalisation de nos projets. Merci aux membres du conseil d'administration pour leur engagement envers notre organisation. Ils nous aident à maintenir le cap vers une vision commune et intégrée de notre établissement.

La présidente-directrice générale,



Adélaïde De Melo

La présidente du conseil d'administration,



Lucy Rodrigues

## 2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux. Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2023-2024 du CIUSSS du Nord-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'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2024.

La présidente-directrice générale,



Adélaïde De Melo

## 3. La présentation de l'établissement et les faits saillants

### 3.1. L'établissement

#### Mission

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM) :

- est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS);
- a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, ce qui inclut le volet santé publique;
- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CH, CLSC, CHSLD) et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.);
- assume des responsabilités de desserte d'une partie de l'ouest et du nord du Québec pour des services spécialisés et surspécialisés.

#### Valeurs

- Respect
- Professionnalisme
- Collaboration

#### Priorités organisationnelles

Ensemble, fiers et passionnés, innovons pour créer un monde en santé. C'est la vision que nous nous sommes donnée. Pour la concrétiser, nous avons revu cette année nos quatre grandes priorités organisationnelles :

- Talents;
- Excellence opérationnelle;
- Connaissance de la clientèle;
- Efficience.

#### Mandat universitaire

Le CIUSSS NIM est affilié à l'Université de Montréal. Important partenaire de cette université dans la formation des médecins et des professionnels de la santé, le CIUSSS concentre ses activités de recherche sur trois principaux pôles : la recherche biomédicale, la recherche sociale et la recherche en santé mentale chez les enfants et les adolescents.

## Mandats suprarégionaux

- Traumatologie (nord et ouest du Québec)
- Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Ouest du Québec
- Centre d'expertise en traumatismes crâniens légers (territoire de traumatologie de l'île de Montréal et Laval)
- Centre provincial pour la clientèle tétraplégique ventilo-assistée
- Médecine hyperbare (ouest du Québec)
- Maladie génétique rénale (tout le Québec)
- Centre d'angioplastie primaire et de sauvetage, dans les cas d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (Laurentides, Laval Ouest et territoire du CIUSSS NIM)
- Centre secondaire dans le cadre du continuum de services pour personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (une partie de Laval, l'Hôpital général du Lakeshore et le territoire du CIUSSS NIM)
- Équipe suprarégionale (niveau 3) en cancer du poumon
- Pédopsychiatrie (Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal)

## Ressources en santé et services sociaux

Le CIUSSS NIM compte 31 installations offrant des soins et services à la population ainsi qu'un centre administratif, soit :

### *Quatre hôpitaux et un centre multiservices*

- Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal
- Hôpital Fleury
- Hôpital Jean-Talon
- Hôpital en santé mentale Albert-Prévost
- Centre multiservices de santé et de services sociaux Rivière-des-Prairies

### *Dix centres d'hébergement de longue durée (CHSLD)*

- Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci
- CHSLD Auclair
- CHSLD de Cartierville
- CHSLD de La Petite-Patrie
- CHSLD de Saint-Laurent
- CHSLD Laurendeau
- CHSLD Légaré
- CHSLD Paul-Gouin
- CHSLD Paul-Lizotte
- CHSLD Saint-Joseph-de-la-Providence

### **Six CLSC et un groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U)**

- CLSC d'Ahuntsic
- CLSC et GMF-U de Bordeaux-Cartierville
- CLSC de La Petite-Patrie
- CLSC de Montréal-Nord
- CLSC de Saint-Laurent
- CLSC de Villeray
- GMF-U Sacré-Cœur

### **Sept centres ambulatoires**

- Centre de services ambulatoires en gérontopsychiatrie Grenet
- Centre de services ambulatoires en santé mentale Papineau
- Centre de services ambulatoires en santé mentale Fleury
- Centre de services ambulatoires Bois-de-Boulogne
- Aire ouverte Sauriol
- Aire ouverte Montréal-Nord
- Centre de services ambulatoires et maison de naissance Louvain

### **Une installation de soins palliatifs**

- Soins palliatifs Gracia

### **Un centre administratif**

- Pavillon Dorion

### **Sur le territoire du CIUSSS, on trouve également :**

- 39 cliniques médicales dont 18 groupes de médecine de famille (GMF) qui comprennent :
  - 2 groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U) assurant l'enseignement clinique ainsi qu'un GMF public en CLSC
  - 4 groupes de médecine familiale réseau (GMF-R) et 4 groupes de médecine familiale accès (GMF-A)
- 8 laboratoires d'imagerie médicale.

### **Territoire**

Le territoire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal s'étend sur 88 km<sup>2</sup> et se situe dans la partie nord de l'île de Montréal.

Nous desservons les secteurs montréalais suivants, certains partiellement, puisqu'ils s'étendent aussi sur le territoire d'autres CIUSSS :

- Ahuntsic;
- Bordeaux-Cartierville;
- La Petite-Patrie;
- Montréal-Nord;
- Saint-Laurent;
- Villeray.

## **Population**

Comptant près de 440 000 habitants, le territoire du CIUSSS NIM est le deuxième plus peuplé de la région montréalaise et représente plus du cinquième (22 %) de la population montréalaise totale. Pour son mandat suprarégional en traumatologie, le CIUSSS NIM offre ce service spécialisé à plus de 2,6 millions de Québécois.

Le territoire présente également des caractéristiques socioéconomiques particulières puisque la population immigrante est la plus importante à Montréal en nombre d'individus (160 635). Les proportions d'immigrants, tant récents sur 5 ans (7 % contre 6 % pour Montréal) que totaux (38 % contre 33 % pour Montréal), sont les deuxièmes plus élevées de l'île de Montréal.

## **Ressources d'hébergement**

Le CIUSSS NIM est responsable de plus de 1674 lits d'hébergement publics (CHSLD) et 828 places en ressources non institutionnelles dont 45 lits en unités transitoires de récupération fonctionnelle (URTF) et 783 en ressources intermédiaires ainsi que 138 lits en réadaptation physique intensive et modérée.

Le territoire du CIUSSS NIM compte également plus de 9000 lits en hébergement privé, répartis entre les CHSLD privés conventionnés (environ 788 lits), les résidences privées pour aînés (environ 6496 unités locatives).

## **Ressources humaines**

### ***Le personnel***

Le CIUSSS NIM compte au sein de son personnel au 31 mars 2024 plus de 14 400 employés, médecins, sages-femmes et bénévoles.

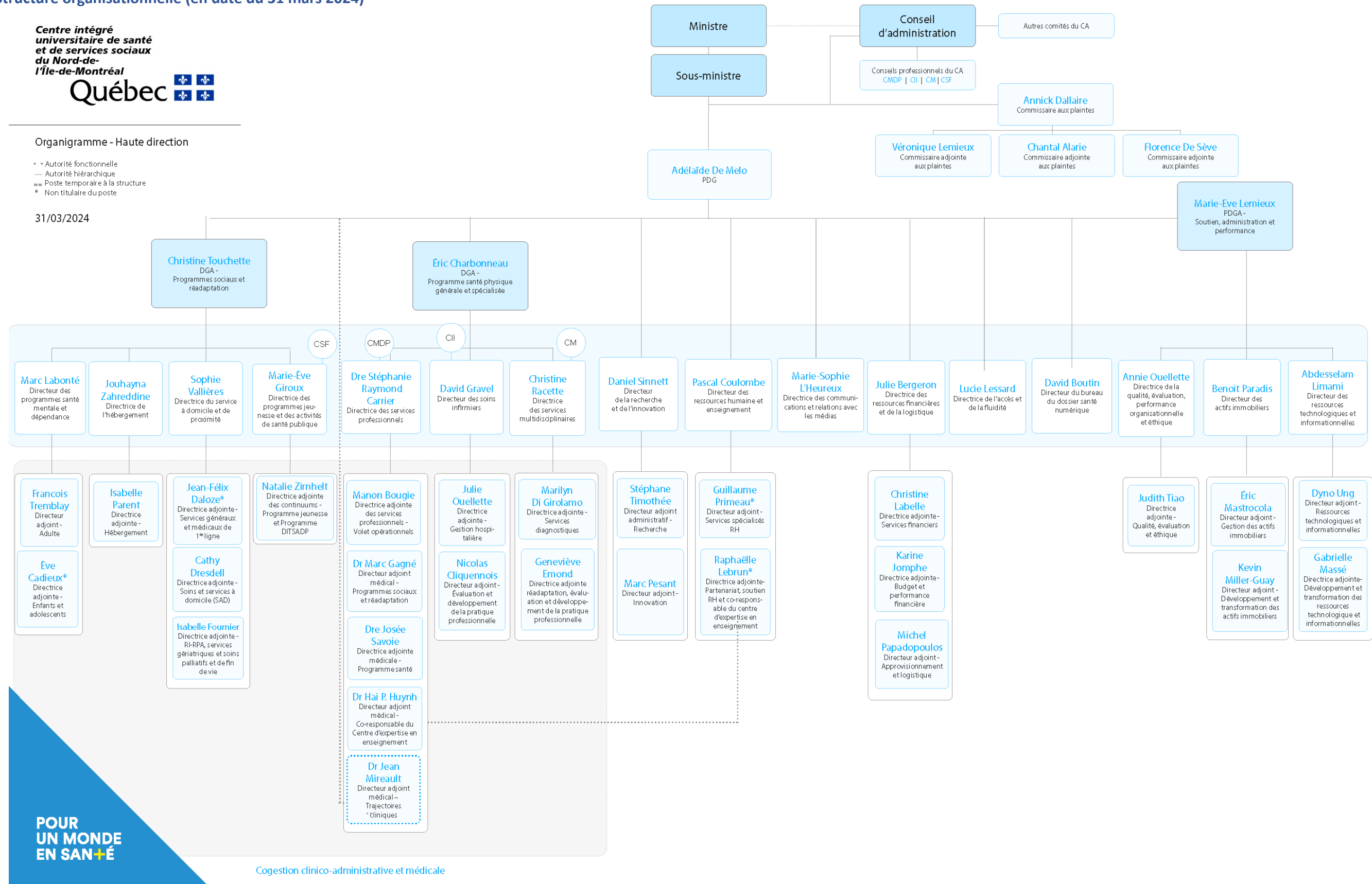
# Structure organisationnelle (en date du 31 mars 2024)



## Organigramme - Haute direction

- • Autorité fonctionnelle
- Autorité hiérarchique
- Poste temporaire à la structure
- \* Non titulaire du poste

31/03/2024



Cogestion clinico-administrative et médicale



### 3.2. Le conseil d'administration

Il n'y a pas eu de signalement d'infraction ou de questionnement éthique en regard des règles du code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration cette année. On peut consulter le code en annexe du présent rapport annuel de gestion.

#### Membres nommés

**Mme Adélaïde De Melo\***  
Présidente-directrice générale  
Secrétaire

**Mme Julie Boucher\*\***  
Présidente-directrice générale intérimaire  
Secrétaire

**M. Frédéric Bouchard**  
Université affiliée

**M. Simon de Denus**  
Université affiliée

#### Membres désignés

**Mme Cathia Chéry**  
Conseil multidisciplinaire (CM)

**Dr Ronald Denis**  
Conseil des médecins, dentistes et  
pharmaciens (CMDP)

**M. Sébastien Dupuis\*\*\***  
Comité régional sur les services  
pharmaceutiques (CRSP)

**Mme Lyne Constantineau\*\*\*\***  
Comité régional sur les services  
pharmaceutiques (CRSP)

**Mme Monique Prévost**  
Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

#### **Vacant**

Comité des infirmières et infirmiers (CII)

#### Membres indépendants

**Mme Marianne Le Roux**  
Vice-présidente  
Profil : Expertise en réadaptation

**M. Gladimy Telus**  
Profil : Protection de la jeunesse

**Mme Lucie Gérin**  
Profil : Organisation communautaire

**Mme Lucy Rodrigues**  
Présidente  
Profil : Ressources immobilières,  
informationnelles ou humaines

**M. Jean-Pierre Urbain**  
Profil : Compétence en vérification,  
performance ou gestion de la qualité

#### Membre observateur

**M. Bernard Pitre**  
Profil : Fondations du CIUSSS

---

\*Mme De Melo est entrée en fonction à titre de PDG le 11 mai 2023

\*\*Mme Boucher a agi à titre de PDG intérimaire du 6 février au 10 mai 2023

\*\*\*M. Depuis est membre depuis le 25 janvier 2024

\*\*\*\* Mme Constantineau a quitté ses fonctions le 14 décembre 2023

### 3.2.1. Les comités, les conseils et les instances consultatives

#### Comité de gouvernance et d'éthique

**M. Jean-Pierre Urbain**

Président – Membre indépendant

**Mme Lucy Rodrigues**

Vice-présidente – Membre indépendante et présidente du CA

**Dr Ronald Denis**

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

**Mme Lucie Gérin**

Comité régional sur les services pharmaceutiques

**Mme Adélaïde De Melo\***

Membre – Présidente-directrice générale

**Mme Julie Boucher\*\***

Membre – Présidente-directrice générale intérimaire

#### Comité de vérification

**Mme Marianne Le Roux**

Présidente – Membre indépendante et présidente du CA

**M. Jean-Pierre Urbain**

Membre indépendant

**M. Gladimy Telus**

Membre indépendant

**Mme Lucie Gérin**

Membre indépendante

**Mme Monique Prévost**

Membre désignée

**Dre Rosa Lannes**

Membre désignée

**Mme Julie Bergeron**

Directrice des ressources financières

**Mme Adélaïde De Melo\***

Membre – Présidente-directrice générale

**Mme Julie Boucher\*\***

Membre – Présidente-directrice générale intérimaire

#### Comité de vigilance et de la qualité

**Mme Monique Prévost**

Présidente – Membre désignée du CUCI

**M. Jean-Pierre Urbain**

Vice-président – Membre indépendant

**Mme Marianne Le Roux**

Membre indépendante

**Mme Annick Dallaire**

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

**Mme Adélaïde De Melo\***

Membre – Présidente-directrice générale

**Mme Julie Boucher\*\***

Membre – Présidente-directrice générale intérimaire

**Mme Annie Ouellette**

Directrice de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

**Dr Mark Saul**

Médecin examinateur

---

*\*Mme De Melo est entrée en fonction à titre de PDG le 11 mai 2023*

*\*\*Mme Boucher a agi à titre de PDG intérimaire du 6 février au 10 mai 2023*

## Comité de révision

**Mme Marianne Le Roux**  
Présidente – Membre indépendante

**Dr Laurent Côté**  
Représentant du CMDP

**Dr André Beaupré**  
Représentant du CMDP

**Dre Monique Desjardins**  
Substitut– Représentante du CMDP

**Dre Alexia Trottier**  
Substitut – Représentante du CMDP

**Dr Ibrahim Jundi**  
Substitut – Représentant du CMDP

**Dr Badr Ibrahim**  
Substitut – Représentant du CMDP

**M. Jean-Pierre Urbain**  
Substitut – Membre CA

## Comité d'évaluation des mesures disciplinaires

**Mme Adélaïde De Melo\***  
Membre – Présidente-directrice générale

**Mme Julie Boucher\*\***  
Membre – Présidente-directrice générale intérimaire

**Dre Rosa Maldonado Lannes**  
Membre désignée

**Mme Lucy Rodrigues**  
Membre indépendante – Présidente du CA

## Comité des ressources humaines

**Mme Lucy Rodrigues**  
Présidente – Membre indépendante et présidente du CA

**Mme Lucie Gérin**  
Vice-présidente – Membre indépendante

**M. Jean-Pierre Urbain**  
Membre indépendant

**Mme Marie-Eve Lemieux\*\*\***  
Directrice des ressources humaines et de l'enseignement

**M. Pascal Coulombe\*\*\*\***  
Directrice des ressources humaines et de l'enseignement

**Mme Adélaïde De Melo\***  
Membre – Présidente-directrice générale

**Mme Julie Boucher\*\***  
Présidente-directrice générale adjointe

## Comité de la mission académique

**M. Frédéric Bouchard**  
Président – Membre nommé

**M. Simon Dedenus**  
Membre nommé

**M. Gladimy Telus**  
Membre indépendant

**M. Pascal Coulombe**  
Directeur des ressources humaines et de l'enseignement

**Dre Stéphanie Raymond-Carrier**  
Directrice des services professionnels et coresponsable du Centre d'expertise en enseignement

**M. Daniel Sinnott**  
Directeur de la recherche et de l'innovation

**Mme Adélaïde De Melo\***  
Membre – Présidente-directrice générale

**Mme Julie Boucher\*\***  
Membre – Présidente-directrice générale intérimaire

---

*\*Mme De Melo est entrée en fonction à titre de PDG le 11 mai 2023*

*\*\*Mme Boucher a agi à titre de PDG intérimaire du 6 février au 10 mai 2023*

*\*\*\*Mme Lemieux est entrée en fonction à titre de PDGA le 21 janvier 2024*

*\*\*\*\*M. Coulombe est entré en fonction à titre de directeur des ressources humaines et de l'enseignement le 25 janvier 2024*

## **Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (exécutif)**

**Dr Donald Eddé**  
Président

**Dre Monique Desjardins**  
Première vice-présidente

**Dr Nicolas Saumart-Dufour**  
Second vice-président

**Dr Radu Pescarus**  
Secrétaire

**Dr Jean Sharestan**  
Trésorier

**Dr Mounsif Azizi**  
Conseiller

**Mme Isabelle Boulanger**  
Conseillère

**Dre Annie Brasseur**  
Conseillère

**Dr Nicolas Garcia Cotton**  
Conseiller

**Dr Badr Ibrahim**  
Conseiller

**Dr Ibrahim Jundi**  
Conseiller

**Dr Tarek Khreiss**  
Conseiller

**Dre Geneviève Lavoie-St-Gelais**  
Conseillère

**Dre Alain Lévesque**  
Conseiller

**Dre Sophie Perrier-Ferland**  
Conseillère

**Dre Alexia Trottier**  
Conseillère

**Mme Adélaïde De Melo\***  
Présidente-directrice générale

**Mme Julie Boucher\*\***  
Présidente-directrice générale adjointe

**Dre Stéphanie Raymon-Carrier**  
Directrice des services professionnels

**Dre Josée Savoie**  
Directrice adjointe médicale – Programmes de santé physique générale et spécialisée

**Dr Marc Gagné**  
Directeur adjoint médical – Programmes sociaux et réadaptation

**Dr Ronald Denis**  
Représentant du CMDP au CA

## **Comité des usagers**

**Mme Monique Prévost**  
Présidente

**M. Yvon Goyette**  
Vice-président

**Poste vacant**  
Secrétaire-trésorière

**M. Alain Bédard**  
Conseiller

**M. Guy Aubertin**  
Conseiller

**Mme Suzy Chouinard**  
Conseillère

**M. Patrice Livetan**  
Conseiller

**Mme Francine Pichette**  
Conseillère

**Mme Lorraine Bouchard**  
Conseillère

**Mme Francine Henri**  
Conseillère

---

*\*Mme De Melo est entrée en fonction à titre de PDG le 11 mai 2023*

*\*\*Mme Boucher a agi à titre de PDG intérimaire du 6 février au 10 mai 2023*

### **Conseil des sages-femmes (exécutif)**

**Mme Deborah Lavail**  
Présidente

**Mme Bronwen Agnew**  
Vice-présidente intérimaire

**Mme Catherine Reid**  
Secrétaire

**Mme Marie-Pier Mainville**  
Responsable des services de sage-femme

**Mme Marie-Ève Giroux**  
Directrice des programmes jeunesse et activités de santé publique

### **Conseil des infirmières et infirmiers(CII) et comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) (exécutif)**

**Mme Adélaïde Blouin-Guindon**  
Président intérimaire du CII / Direction de l'hébergement – du 7 février 2024 à présent

**Mme Audrey Dastous**  
Vice-présidente intérimaire du CII / Direction des soins infirmiers, volet pratique professionnelle – du 7 février à présent

**Mme Véronik Carignan**  
Secrétaire (membre cooptée)

**Mme Annie Trottier**  
Trésorière / Direction programme santé mentale et dépendance

**Mme Adélaïde Blouin-Guindon**  
Membre cooptée / Direction de l'hébergement – du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 6 février 2024

**Mme Audrey Dastous**  
Membre cooptée / Direction des soins infirmiers (DSI), volet pratique professionnelle – du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 6 février 2024

**M. Krikor Oskerijian**  
Membre coopté / Direction programme des services intégrés de première ligne

### **Mme Sylvie Ste-Croix**

Membre cooptée / Direction des services professionnels et des soins infirmiers – du 11 novembre 2023 à présent

**Mme Geneviève Drolet**  
Membre cooptée IPS / IPSSA

**M. Louis-Philippe Aubé**  
Président du CRIIA – du 7 février à présent

**Mme Mélissa Martineau**  
Présidente intérimaire du CIIA / Mission hébergement SAPA

**M. Guyguy Tshima**  
Vice-président intérimaire du CIIA / Hébergement CHSLD NDM (membre coopté) – du 6 mars 2024 à présent

**M. Michelet Élie**  
Membre / Mission hospitalière

**Mme Safa Alami**  
Membre cooptée / GMF-U HSCM

**Mme Mélissa Raby**  
Membre cooptée / Bloc opératoire Hôpital Fleury

### **Membres nommés d'office**

**Mme Adélaïde De Melo**  
Présidente-directrice générale

**M. David Gravel**  
Directeur des soins infirmiers

### **Conseil multidisciplinaire (CM) (exécutif)**

**Mme Annie Denommé**  
Présidente

**Mme Émilie Noël**  
Vice-présidente

**Mme Isabelle Gervais**  
Secrétaire

**Mme Annie Simard**  
Trésorière

**Mme Dorothée Charest-Belzile**  
Responsable des communications

**Mme Camille Lindstrom**

Membre

**Mme Manon Boily**

Membre

**Mme Ana Slepova**

Membre

**M. Maxime Lepage**

Membre

**Mme Joanie Desrochers-Lamoureux**

Membre

**Mme Stéphanie Desbois**

Membre

**Membres nommés d'office**

**Mme Adélaïde De Melo**

Membre – Présidente-directrice générale

**Mme Christine Racette**

Membre – Directrice des services multidisciplinaires

**Comité gestion des risques**

**Mme Annie Ouellette**

Directrice de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

**Mme Muriel Koucoï**

Gestionnaire de risques de l'établissement

**Mme Christine Racette**

Directrice des services multidisciplinaires

**Dre Josée Savoie**

Directrice adjointe médicale – programme santé physique générale et spécialisée

**M. Éric Charbonneau**

Directeur des soins infirmiers – du 1<sup>er</sup> avril au 23 juillet 2023

**M. David Gravel**

Directeur des soins infirmiers – du 2 octobre 2023 à présent

**M. Marc Labonté**

Directeur des programmes de santé mentale et dépendance

**Mme Jouhayna Zahreddine**

Directrice de l'hébergement

**Mme Cathy Dresdell**

Directrice adjointe des soins et services à domicile

**Mme Sophie Vallières**

Directrice du service à domicile et de proximité

**Mme Marie-Ève Giroux**

Directrice des programmes jeunesse et des activités de santé publique

**M. Benoît Paradis**

Directeur des actifs immobiliers

**M. Abdesselam Limami**

Directeur des ressources technologiques et informationnelles

**M. Régis Godin**

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

**Mme Annie Denomme**

Conseil multidisciplinaire (CM)

**Mme Marie-Pier Mainville**

Conseil des sages-femmes (CSF)

**Mme Monique Prévost**

Présidente CUCI, CVQ et CA

**Mme Nathalie Salvas**

Pharmacienne

**Dre Magdalena Duniewicz**

Membre du comité de l'acte du CMDP

### 3.3 Les faits saillants

L'amélioration de l'accès aux soins et services, les avancées en matière de recherche et l'appel au sens de l'innovation ont teinté l'exercice 2023-2024. Nous avons été témoins de diverses initiatives de nos équipes qui ont porté leurs fruits. Ainsi, l'organisation de la grande foire de l'emploi en septembre dernier par l'équipe des ressources humaines nous a permis d'embaucher 180 personnes. Mieux encore, l'événement « portes ouvertes » des services auxiliaires a débouché sur l'embauche de 335 personnes. De tels efforts démontrent l'engagement des équipes et des directions du CIUSSS NIM à soutenir notre performance organisationnelle en vue de porter une attention particulière à servir nos usagers.

#### Des actions pour améliorer la performance organisationnelle

La Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique (DQEPE) a été mandatée pour poursuivre l'implantation du système de gestion intégré de la performance (SGIP) à travers toute l'organisation. D'une part, ce système permet aux gestionnaires de veiller au développement de leurs équipes en plus de trouver des solutions à leur portée et en lien avec les priorités organisationnelles. D'autre part, le personnel demeure mobilisé et outillé pour améliorer de façon continue ses processus de travail, et de ce fait même, la qualité des soins et services aux usagers. Pour ce faire, ce sont 73 stations visuelles opérationnelles (SVO) qui ont été déployées depuis septembre dernier pour soutenir les équipes et pour suivre la performance.

Afin d'améliorer les indicateurs en gestion des risques, des formations ont été dispensées aux gestionnaires sur les besoins fondamentaux en prestation sécuritaire des soins. Elles avaient pour thématiques, notamment, les événements sentinelles et la déclaration d'incident-accident.

Pour permettre à nos équipes d'offrir les meilleurs soins qui soient, le travail des équipes d'hygiène et salubrité est incontournable et primordial. Ces équipes ont pu atteindre et maintenir les normes de qualité établies pour assurer un environnement sécuritaire et sain à nos usagers et à notre personnel. Les résultats des récents audits ont démontré que la cible moyenne de 85 % a été atteinte dans 21 installations sur les 22 auditées. Soulignons aussi que 18 de ces installations ont atteint la cible de 90 %.

#### Des efforts en continu pour de meilleurs soins aux usagers

Plusieurs initiatives et réalisations de nos équipes démontrent que nos patients sont bel et bien au cœur de nos pensées et de nos actions, comme ils se doivent de l'être. L'ouverture de la clinique des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) à l'Hôpital Jean-Talon, qui a vu le jour après seulement deux semaines de travaux et de concertation avec d'autres directions partenaires, en est un exemple concret et révélateur. Grâce à cette mobilisation inédite, la clinique IPS est maintenant ouverte cinq jours par semaine afin de permettre à un plus grand nombre de patients d'accéder à des soins grâce à des IPS exerçant leur profession en toute autonomie.

Mentionnons les efforts déployés par nos équipes pour diminuer le nombre de patients en attente d'une opération depuis plus d'un an. Des 1463 personnes en attente d'être opérées en février 2023, nous en étions à 503 en février dernier. Notre liste d'attente opératoire a donc diminué de 960 patients. Les idées novatrices des équipes, la cogestion, le courage managérial et la collaboration

médicale expliquent la teneur de cet exploit. Ces résultats nous permettent par ailleurs de recevoir une bonification financière du ministère afin de soutenir les activités de notre établissement.

En ce qui concerne les services de première ligne, soulignons la performance, qualifiée par notre ministère « d'exceptionnelle », ainsi que l'excellence de la fluidité de la trajectoire du guichet d'accès à la première ligne (GAP). Depuis les deux derniers mois, le CIUSSS NIM est au premier rang provincial pour les appels traités par le guichet. Cette performance s'explique d'une part par l'implantation du GAP numérique, de la révision rigoureuse des processus, mais aussi par la forte mobilisation des gestionnaires et des équipes sur le terrain autour de l'amélioration continue. Notons également que nous comptons 104 usagers de moins en attente pour un premier service de première ligne en santé mentale, soit une baisse de 21 % comparativement à l'année dernière.

Après un an d'implantation, le guichet d'accès aux services spécialisés (GASP) a amélioré de manière substantielle le pourcentage de rendez-vous réalisés dans les délais, lequel est passé de 46 % en avril 2023 à 73 % en février 2024. D'autre part, suite à l'implantation du service de Rendez-vous santé Québec et au déploiement d'agents administratifs dédiés à réorienter les usagers de l'urgence pouvant être pris en charge par un groupe de médecine de famille (GMF) ou une clinique médicale du territoire, le pourcentage de réorientation est passé de 16,6 % en décembre 2023 à 21,5 % en février 2024. Ce qui a eu un impact positif sur le taux d'occupation à l'urgence. Par ailleurs, grâce à la création de la direction de l'accès et de la fluidité, nous travaillons comme jamais à faire diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière à l'urgence. Le travail de cette nouvelle direction aidera très certainement à l'amélioration de la fluidité des trajectoires de soins pour une meilleure expérience des usagers de nos services.

Dans le secteur de la périnatalité et de la stimulation précoce, nos équipes ont su se mobiliser malgré les enjeux de volume et de main-d'œuvre. Ainsi, le dépistage « Agir tôt », conçu pour s'occuper des retards de développement chez les enfants, a atteint la cible de plus de 224 %, permettant ainsi un développement harmonieux et équitable pour tous les enfants de notre territoire. Mieux encore, le délai de dépistage de 60 jours, considéré comme l'un des meilleurs au Québec, a été maintenu.

Du côté de l'hébergement, des efforts considérables ont été réalisés afin de réduire de 25 % le nombre de mesures de contrôle (contentions) restantes en 2023 afin de tendre le plus possible vers zéro. Au CHSLD Saint-Joseph-de-la-Providence, où nous retrouvons le plus grand nombre de mesures de contrôle, nous avons réussi à abaisser ce chiffre de 47 %. Chaque mesure de contrôle retirée est considérée comme une victoire pour l'équipe, le résident et ses proches.

## **La recherche et l'innovation au cœur de nos pratiques**

Le centre de recherche Savoirs Partagés du CIUSSS NIM regroupe plus de 250 chercheurs et 500 étudiants qui s'affairent sur plus de 850 projets. Le plan stratégique (2022-2028) du centre de recherche a été endossé par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et mise sur le décloisonnement de ses expertises en santé mentale, santé physique et en recherche sociale pour permettre l'étude de problématiques complexes de santé. La recherche au centre Savoirs Partagés s'articule autour de quatre axes : Traumatologie et soins aigus; cerveau en action; promotion de la santé, prévention et gestion des maladies chroniques; recherche sociale et santé publique.

Par ailleurs, le Centre d'innovation NIM Intelliance est déployé à travers l'ensemble des points de services du CIUSSS NIM afin de penser, développer, tester et valider les innovations en santé dans un esprit de codéveloppement. Il offre donc aux entrepreneurs et innovateurs l'opportunité d'évaluer de nouvelles technologies dans un cadre d'offre de services et de soins riche et diversifié. Le centre d'innovation a, entre autres, accompagné le déploiement de la solution AlayaCare pour les soins à domicile.

### **Des gestes pour l'environnement**

Le CIUSSS NIM poursuit son engagement à promouvoir et à adopter des pratiques respectueuses de l'environnement de manière à réduire son empreinte écologique et à minimiser les impacts de ses activités sur la santé de ses employés et de la population. Ainsi, le Comité de développement durable a dispensé plusieurs formations cette année. Plus de 230 gestionnaires ont été sensibilisés à la gestion des déchets biomédicaux. Le comité a aussi formé l'ensemble des équipes au service des achats et le département de l'approvisionnement de la Direction des actifs immobiliers afin de procéder à des achats écoresponsables. En ce sens, une nouvelle clause de développement durable a été intégrée à tous nos appels d'offres, ce qui nous a permis d'octroyer plus de 30 contrats de façon durable, pour une valeur de plus de 10 M\$. Enfin, un guide de l'employé écoresponsable a été produit pour solliciter activement la participation engagée de tous ceux qui œuvrent au CIUSSS NIM.

Mentionnons que dans le cadre de la réalisation du plan d'action en faveur d'une santé environnementale et durable (2023-2028), il y a eu la plantation de plus de 2000 arbres sur treize de nos terrains. Quant aux surplus alimentaires de nos quatre centres hospitaliers, ils sont redonnés à l'organisme la Tablee des chefs. Cette année, plus de 3600 portions ont permis à des personnes vulnérables de se nourrir tout en détournant près de 200 kg de nourriture de l'enfouissement.

## 4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

### Engagements annuels

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

Indicateurs	Engagements 2023-2024	Résultats au 31 mars 2024	Engagements 2026-2027
<b>ENJEU 1 : Une organisation plus humaine du travail</b>			
<b>Orientation 1 : Devenir un employeur de choix</b>			
1. Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03)	75,2 %	74,08 %	79,4 %
2. Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02)	Établissement de la cible de départ	30,32 %	+ 4,5 % par rapport à la cible de départ
4. Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (3.06.01)	1 632 043 heures	1 429 216 heures	0 heure
5. Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02)	100 %	100 %	100 %

#### Commentaires

**Indicateur 1 – Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03) :**

**Indicateur 2 – Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02) :**

Le taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau du CIUSSS NIM connaît une légère baisse de 0,3 % par rapport à l'année 2022-2023. Avec un pourcentage d'atteinte de l'engagement 2023-2024 de 98,5 %, le CIUSSS NIM a quasiment atteint l'engagement.

À l'échelle du CIUSSS NIM, le pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur s'établit à 30,32 % pour l'année 2023-2024, alors que le résultat pour l'ensemble du Québec est de 28,52 %.

Le Service fidélisation et expérience employé du CIUSSS NIM a pour mission d'aller à la rencontre des employés afin de comprendre et d'analyser leurs besoins. Ainsi, de nouvelles stratégies innovantes sont mises en place, notamment dans le cadre de la trajectoire sur la main-d'œuvre.

**Indicateur 4 – Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (3.06.01) :**

Le nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante connaît une hausse de 39,7 % par rapport à l'année 2022-2023. Malgré cette hausse, le pourcentage d'atteinte de l'engagement 2023-2024 s'établit à 112,4 %. Le CIUSSS NIM a donc

dépassé l'engagement avec un total de 1 429 216 heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante au 31 mars 2024.

La mise en œuvre d'une stratégie intensive de recrutement auprès des employés des agences de placement de personnel et de la main-d'œuvre indépendante œuvrant au sein du CIUSSS NIM a permis l'embauche de plus de 360 personnes.

**Indicateur 5 – Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02) :**

Le pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones connaît une hausse de 6,3 % par rapport à l'année 2022-2023. Au 31 mars 2024, 100 % des employés du CIUSSS NIM ont été formés sur les réalités autochtones, ce qui confirme l'atteinte de l'engagement 2023-2024.

Différentes mesures expliquent l'atteinte de l'engagement 2023-2024 :

- Solutions adaptées à la réalité de chaque direction (visionnements en groupe afin de favoriser l'échange et le partage sur la thématique);
- Formation obligatoire dans la trousse des nouveaux employés;
- Promotion de la thématique auprès des employés (tirages pour participer à des activités, publications sur les réseaux sociaux, bandeau dans l'intranet, etc.).

Indicateurs	Engagements 2023-2024	Résultats au 31 mars 2024	Engagements 2026-2027
<b>ENJEU 2 : Une population en santé</b>			
<b>Orientation 2 : Être proactif et agir de façon préventive</b>			
9. Proportion des élèves de 3 <sup>e</sup> année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.41)	65 %	56,2 %	80 %
12. Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01)	60 %	55,2 %	80 %

**Commentaires**

**Indicateur 9 – Proportion des élèves de 3<sup>e</sup> année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.41) :**

La proportion des élèves de 3<sup>e</sup> année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète s'établit à 56,2 % pour l'année 2023-2024 (cohorte scolaire 2022-2023).

Malgré tous les efforts déployés, l'engagement 2023-2024 n'est pas atteint. Différentes mesures devraient favoriser une hausse de la proportion des élèves de 3<sup>e</sup> année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète :

- Planification annualisée de la vaccination scolaire dès septembre, en priorisant les écoles dont le pourcentage de vaccination est faible;
- Augmentation de l'offre de rendez-vous pour le rattrapage des vaccins durant la saison estivale, dans les points de service locaux du CIUSSS NIM.

**Indicateur 12 – Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01) :**

Le pourcentage d’usagers traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours connaît une hausse de 3,0 % par rapport à l’année 2022-2023. Malgré cette hausse, l’engagement 2023-2024 n’est pas atteint. Au total, 1 219 usagers ont été traités par chirurgie oncologique au cours de l’année 2023-2024.

Différents facteurs expliquent les difficultés d’accès aux chirurgies oncologiques dans un délai inférieur ou égal à 28 jours :

- Pénurie de main-d’œuvre dans les blocs opératoires;
- Manque de temps chirurgical par robotique.

Différentes mesures devraient favoriser un accès plus rapide aux chirurgies oncologiques :

- Suivi hebdomadaire des chirurgies oncologiques en attente;
- Déploiement du centre d’investigation en oncologie dont le mandat est notamment d’assurer un accès rapide aux examens et aux rendez-vous pour les usagers en oncologie.

Indicateurs	Engagements 2023-2024	Résultats au 31 mars 2024	Engagements 2026-2027
<b>ENJEU 3 : Un accès aux soins et services en temps opportun</b>			
<b>Orientation 3 : Offrir une expérience patient axée sur l’accessibilité et la qualité</b>			
13. Nombre d’enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06.20)	525 enfants	1 192 enfants	699 enfants
15. Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17)	73 %	59,92 %	75 %
16. Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06)	17 430 personnes	16 943 personnes	18 463 personnes
17. Nombre de personnes en attente d’un premier service de soutien à domicile (1.03.25)	478 personnes	855 personnes	348 personnes
18. Nombre d’heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05)	1 302 125 heures	1 818 927 heures	1 634 537 heures
19. Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l’intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales (1.09.54)	20 %	35,62 %	30 %
20. Pourcentage d’usagers ayant eu accès à un service en centre local de services communautaires (CLSC) dans les délais établis selon la priorisation (7.04.06)	66 %	63,82 %	69 %
21. Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58)	83 %	78,86 %	90 %
22. Délai moyen de prise en charge à l’urgence pour toute la clientèle (1.09.16.01)	158 minutes	197,31 minutes	84 minutes

23. Durée moyenne de séjour sur civière (1.09.01)	20,7 heures	22,76 heures	16,4 heures
25. Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (1.09.32.00)	478 demandes de chirurgies	422 demandes de chirurgies	N/D

### Commentaires

#### **Indicateur 13 – Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06.20) :**

Le nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt connaît une hausse significative de 20,2 % par rapport à l'année 2022-2023. Le pourcentage d'atteinte de l'engagement 2023-2024 s'établit à 227,0 %. Pour une troisième année consécutive, le CIUSSS NIM a largement dépassé l'engagement avec un total de 1 192 enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt au cours de l'année 2023-2024. Par ailleurs, le CIUSSS NIM présente un délai moyen de prise en charge des références de 20 jours pour l'année 2023-2024, alors que la moyenne québécoise s'établit à 81 jours.

Différentes mesures expliquent l'atteinte de l'engagement 2023-2024 :

- Processus clair et équipe stable;
- Entraide entre les sites / réseaux locaux de services du CIUSSS NIM;
- Suivi en station visuelle sur une base hebdomadaire;
- Utilisation efficiente des ressources humaines.

#### **Indicateur 15 – Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17) :**

La proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits s'établit à 59,92 % pour l'année 2023-2024 : l'engagement 2023-2024 de 73 % n'est donc pas atteint. Soulignons que l'engagement 2023-2024 du CIUSSS NIM était le 2<sup>e</sup> plus ambitieux à atteindre parmi tous les établissements du Québec.

Différents facteurs expliquent les difficultés d'accès aux soins et services en santé mentale dans les délais prescrits :

- Pénurie de ressources professionnelles et difficultés de recrutement (services spécifiques, suivi intensif dans le milieu, soutien d'intensité variable);
- Postes de médecin non comblés ou dont le titulaire est absent, particulièrement en pédopsychiatrie au début de l'année 2023-2024;
- Nombre élevé d'usagers en attente ou pris en charge au Programme pour les premiers épisodes psychotiques en fonction du nombre de postes financés;
- Erreurs de saisie de données dans les systèmes d'information et difficultés d'accès au forage de données, ce qui retarde les ajustements des processus et des consignes aux professionnels afin d'assurer une plus grande validité des données.

Différentes mesures devraient favoriser l'accès aux soins et services en santé mentale dans les délais prescrits :

- Démarches de recrutement en continu;
- Recrutement de pédopsychiatres;
- Élargissement des titres d'emploi pour soutenir l'offre de services en santé mentale en contexte de pénurie de main-d'œuvre (criminologues, agents de relations humaines, infirmières auxiliaires, etc.);

- Poursuite du déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux et déploiement du mécanisme d'accès en santé mentale;
- Travaux d'optimisation de la trajectoire de services pour les troubles psychotiques (volet adulte);
- Démarche d'amélioration continue visant à améliorer les résultats des indicateurs relatifs à l'urgence de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost;
- Révision et harmonisation de la saisie de données dans les systèmes d'information et des délais d'attente.

**Indicateur 16 – Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06) :**

Le nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile connaît une hausse de 2,5 % par rapport à l'année 2022-2023. Avec un pourcentage d'atteinte de l'engagement 2023-2024 de 97,2 %, le CIUSSS NIM a quasiment atteint l'engagement. La complexité des cas exigeant une intensité accrue des services, mais limitant la capacité de prise en charge de nouveaux usagers par les intervenants, explique principalement la non-atteinte de l'engagement 2023-2024.

Différentes mesures devraient favoriser l'accès aux services de soutien à domicile :

- Suivi des charges de cas avec les intervenants pour améliorer la capacité de prise en charge des usagers, et ce, conformément aux directives ministérielles;
- Travaux pour augmenter la productivité en aide à domicile;
- Poursuite des démarches auprès des entreprises d'économie sociale en aide à domicile pour bonifier l'offre de services aux usagers.

**Indicateur 17 – Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25) :**

Après une hausse progressive du nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile au cours de l'année 2023-2024 (jusqu'à 947 personnes en attente), la situation s'est améliorée en fin d'année. En effet, le nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile s'établit à 855 personnes au 31 mars 2024, ce qui représente une hausse de 61,9 % par rapport au 31 mars 2023.

Différents facteurs expliquent les difficultés d'accès aux services de soutien à domicile :

- Complexité des cas entraînant une diminution du nombre d'usagers pris en charge, mais une intensité accrue des services;
- Difficultés de recrutement au cours de l'année 2023-2024.

Soulignons la modification de la méthodologie de calcul de l'indicateur en 2023-2024. Effectivement, les services de soutien à domicile destinés aux usagers des programmes Ressources intermédiaires, Résidences privées pour aînés et Soins palliatifs doivent maintenant être inclus dans le calcul de l'indicateur, ce qui a une incidence sur le nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile.

Différentes mesures devraient favoriser l'accès aux services de soutien à domicile :

- Suivi clinico-administratif mensuel des listes d'attente, suivi auprès des usagers en attente d'un premier service et priorisation des usagers pour la prise en charge, le tout conformément aux directives ministérielles;
- Travaux d'amélioration continue du guichet d'accès en soutien à domicile pour améliorer la fluidité des demandes et diminuer les délais de prise en charge.

**Indicateur 18 – Nombre d’heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05) :**

Le nombre d’heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile connaît une hausse significative de 43,9 % par rapport à l’année 2022-2023. Le pourcentage d’atteinte de l’engagement 2023-2024 s’établit à 139,7 %. Le CIUSSS NIM a donc largement dépassé l’engagement avec un total de 1 818 927 heures de service au 31 mars 2024.

Différentes mesures expliquent l’atteinte de l’engagement 2023-2024 :

- Mise en place d’une offre de services d’assistance à domicile (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) pour les usagers en attente d’un milieu d’hébergement répondant à leurs besoins (375 usagers desservis au cours de l’année 2023-2024, pour un total de 427 567 heures de soutien à domicile), permettant ainsi une sortie rapide des usagers en fin de soins actifs présents en centre hospitalier;
- Augmentation des services d’aide à domicile offerts via la modalité de prestation chèque emploi-service, laquelle est favorisée par le déploiement d’une équipe offrant du soutien aux intervenants et transmettant des informations pour soutenir le recrutement de travailleurs par l’usager.

**Indicateur 19 – Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l’intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales (1.09.54) :**

Le pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l’intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales s’établit à 35,62 % pour l’année 2023-2024. Avec un pourcentage d’atteinte de l’engagement 2023-2024 de 178,1 %, le CIUSSS NIM a largement dépassé l’engagement.

Différentes mesures expliquent l’atteinte de l’engagement 2023-2024 :

- Nouvel accès aux plages offertes par les cliniques médicales via une solution informatique favorisant une prise de rendez-vous en première ligne;
- Suivi hebdomadaire auprès de chaque milieu afin de vérifier le nombre de plages offertes en fonction des cibles établies pour les groupes de médecine de famille, selon leur niveau;
- Suivi rigoureux du Département régional de médecine générale et du CIUSSS NIM auprès des cliniques médicales pour s’assurer d’une bonne compréhension des enjeux et de la conformité des plages publiées.

**Indicateur 20 – Pourcentage d’usagers ayant eu accès à un service en centre local de services communautaires (CLSC) dans les délais établis selon la priorisation (7.04.06) :**

Le pourcentage d’usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation connaît une baisse de 3,3 % par rapport à l’année 2022-2023. Avec un pourcentage d’atteinte de l’engagement 2023-2024 de 96,7 %, le CIUSSS NIM a quasiment atteint l’engagement. Malgré le fait que l’engagement 2023-2024 ne soit pas atteint pour l’ensemble des services offerts en CLSC, soulignons l’atteinte de l’engagement 2023-2024 pour les programmes-services Soutien à domicile, Dépendances et Agir tôt.

Différents facteurs expliquent les difficultés d’accès aux services en CLSC dans les délais établis selon la priorisation :

- Programme-services Déficiences (déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, déficience physique) : Au cours de l'année 2023-2024, jusqu'à 41 % des postes ont été vacants au sein des équipes dédiées;
- Programme-services Jeunes en difficulté : Déploiement du programme Ma famille, ma communauté en collaboration avec les centres jeunesse et hausse de volume en ce qui a trait aux suivis dans le cadre du programme Alliance (intensité accrue des services, ce qui a une incidence sur la capacité de prise en charge de nouveaux usagers);
- Programme-services OLO (Programme d'aide alimentaire aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité) : Hausse significative de 41,7 % du nombre d'usagers ayant eu accès à un service par rapport à l'année 2022-2023 (469 usagers ayant eu accès à un service au cours de l'année 2023-2024);
- Programme-services Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance : Hausse significative de 37,3 % du nombre d'usagers ayant eu accès à un service par rapport à l'année 2022-2023 (840 usagers ayant eu accès à un service au cours de l'année 2023-2024) avec le même nombre de ressources dédiées;
- Programme-services Services sociaux généraux : Complexité des cas exigeant une intensité accrue des services, mais limitant la capacité de prise en charge de nouveaux usagers;
- Programmes-services Santé mentale et Programme québécois pour les troubles mentaux : Manque de ressources professionnelles et difficultés de recrutement;
- Programme-services Cessation tabagique : Enjeu de saisie des interventions dans le système d'information faisant en sorte que certains usagers ne pas comptabilisés, ce qui a une incidence négative sur les délais de prise en charge.

Différentes mesures devraient favoriser l'accès aux services en CLSC dans les délais établis selon la priorisation :

- Programme-services Déficiences (déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, déficience physique) : Démarches de recrutement et activités favorisant la rétention du personnel;
- Programme-services Jeunes en difficulté : Déploiement de l'équipe Trait d'union (suivi à court terme auprès des jeunes en difficulté);
- Programme-services OLO (Programme d'aide alimentaire aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité) : Gestion rigoureuse des charges de cas;
- Programme-services Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance : Accroître l'offre de cours en groupe;
- Programme-services Services sociaux généraux : Bonification de l'offre de services du guichet d'accès aux services sociaux généraux (l'équipe de travailleurs sociaux passera de 2,8 à 5 équivalents temps complet, ce qui permettra une amélioration des délais de prise en charge des demandes);
- Programmes-services Santé mentale et Programme québécois pour les troubles mentaux : Démarches de recrutement en continu;
- Programme-services Cessation tabagique : Révision des procédures de saisie des interventions dans le système d'information ainsi que des critères de priorisation des usagers pour le niveaux de priorité 2 (prise en charge dans un délai de 10 jours ou moins) et 3 (prise en charge dans un délai de 30 jours ou moins).

**Indicateur 21 – Pourcentage des personnes attitrées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58) :**

Le pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne connaît une hausse de 1,6 % par rapport à l'année 2022-2023. Avec un pourcentage d'atteinte de l'engagement 2023-2024 de 95,0 %, le CIUSSS NIM a quasiment atteint l'engagement. Au 31 mars 2024, 258 188 personnes étaient attirées à un médecin de famille et 58 996 personnes étaient attirées à un groupe de médecins.

Malgré un nombre élevé de personnes attirées à un groupe de médecins, une saturation de la capacité de prise en charge est observable depuis janvier 2024, ce qui explique principalement la non-atteinte de l'engagement 2023-2024.

Différentes mesures devraient favoriser l'inscription de la population auprès d'un professionnel ou d'une équipe de soins de première ligne :

- Représentations afin d'obtenir un plus grand nombre de postes de médecins de famille dédiés au territoire du CIUSSS NIM;
- Implantation d'un nouveau point de service dans le secteur nord-est de l'arrondissement de Montréal-Nord, lequel inclura une clinique de type groupe de médecine de famille universitaire;
- Prise en charge d'utilisateurs par les infirmières praticiennes spécialisés dans différents milieux.

**Indicateur 22 – Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (1.09.16.01) :**

**Indicateur 23 – Durée moyenne de séjour sur civière (1.09.01) :**

La durée moyenne de séjour sur civière connaît une hausse de 1,0 % par rapport à l'année 2022-2023. Les admissions en provenance de l'urgence connaissent également une hausse :

- Hausse de 3,3 % du nombre d'utilisateurs admis en provenance de l'urgence par rapport à l'année 2022-2023 (18 895 utilisateurs admis au cours de l'année 2023-2024);
- Hausse de 3,0 % du nombre d'utilisateurs admis en moyenne quotidiennement en provenance de l'urgence par rapport à l'année 2022-2023 (51,63 utilisateurs admis en moyenne quotidiennement au cours de l'année 2023-2024).

Malgré le fait que l'engagement 2023-2024 pour la durée moyenne de séjour sur civière ne soit pas atteint à l'échelle du CIUSSS NIM, soulignons l'atteinte de l'engagement 2023-2024 pour l'Hôpital Jean-Talon (16,6 heures) et l'Hôpital Fleury (20,7 heures).

Le délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle, pour sa part, connaît une hausse de 3,6 % par rapport à l'année 2022-2023.

La hausse des résultats des deux indicateurs s'explique principalement par un achalandage accru aux urgences par rapport à l'année 2022-2023 :

- Hausse de 1,0 % du nombre de visites aux urgences (142 426 visites aux urgences au cours de l'année 2023-2024);
- Hausse de 4,2 % du nombre d'utilisateurs sur civière (43 063 utilisateurs sur civière au cours de l'année 2023-2024);
- Hausse de 25,3 % du nombre d'utilisateurs, dont le niveau de priorité est moins élevé, réorientés vers les cliniques médicales du territoire du CIUSSS NIM (16 857 utilisateurs réorientés au cours de l'année 2023-2024).

La complexité des cas (âge, comorbidités, etc.) et la congestion hospitalière expliquent également la hausse des résultats des deux indicateurs.

Différentes mesures devraient favoriser l'amélioration du temps d'attente à l'urgence :

- Poursuite de la réorientation des cas non urgents vers les cliniques médicales du territoire du CIUSSS NIM;
- Travaux d'analyse pour la mise en place d'une nouvelle structure d'équipe dans le secteur ambulatoire afin d'accélérer la prise en charge des usagers (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal);
- Réorganisation du travail pour assurer une couverture de préposé aux bénéficiaires dans le secteur ambulatoire (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal);
- Implication d'une infirmière dédiée à la fluidité (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal);
- Repérage en continu de l'ensemble des clientèles vulnérables et complexes dans les urgences;
- Déploiement d'alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie (Équipe d'accompagnement bref en santé mentale dans la communauté, Unité d'interventions brèves en psychiatrie, Traitement intensif bref à domicile).

**Indicateur 25 – Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (1.09.32.00) :**

Le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an connaît une baisse significative de 67,0 % par rapport à l'année 2022-2023. Le pourcentage d'atteinte de l'engagement 2023-2024 s'établit à 111,7 %. Le CIUSSS NIM a donc dépassé l'engagement avec un total de 422 demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an au 31 mars 2024.

Différentes mesures expliquent l'atteinte de l'engagement 2023-2024 :

- Deuxième offre de services pour les usagers hors délai (proposition d'un autre chirurgien à l'usager);
- Programmation opératoire permettant la priorisation de cas hors délai (salles d'opération flexibles);
- Ouverture de salles d'opération dans des centres médicaux spécialisés;
- Travail en cogestion médico-administrative.

**Légende :**

 Atteinte de l'engagement annuel à 100 %

 Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 100 %

N/D : Non disponible

## 5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

### L'agrément

L'agrément est un processus d'évaluation continue des organismes de santé et de services sociaux par rapport aux normes d'excellence. Celles-ci sont élaborées par l'Organisation de normes en santé (HSO) et sont des références d'excellence issues des meilleures pratiques cliniques et de gestion. Elles sont fondées sur les résultats de recherche les plus récents et sont également établies en partenariat avec les usagers et leur famille.

Le cycle d'agrément compte cinq séquences distinctes qui s'échelonnent sur un horizon de cinq ans. À chaque séquence, nous recevons la visite de l'organisme Agrément Canada pour évaluer nos pratiques. Au terme du cycle, la mention d'agrément en vigueur est réévaluée.

Du 18 au 22 juin 2023, nous avons reçu la visite d'Agrément Canada pour les séquences 4 et 5 du premier cycle (2018-2023). Ces visites visaient deux programmes-services spécifiques qui ont fait l'objet d'une évaluation. Le premier étant le programme-services de la déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de la déficience physique (DI-TSA-DP) pour lequel nous avons atteint un niveau de conformité et une note globale de 97,2 %; et le second étant le programme-services du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) qui nous a valu une note de conformité globale de 95,6 %.

Dans le rapport final de la visite, nous pouvons y lire de nombreux commentaires qui soulignent plusieurs forces observées au sein de l'établissement. Parmi celles-ci, Agrément Canada évalue qu'il convient de féliciter notre organisation pour son engagement à faire de l'agrément un levier permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des services qu'elle offre à ses usagers et sa communauté. Agrément Canada a aussi relevé les points positifs suivants :

- Les soins centrés sur l'utilisateur/famille;
- Le niveau d'engagement des équipes et la gestion de proximité;
- La bienveillance des équipes, le climat de travail et la solidarité observée;
- La participation à l'inclusion des personnes;
- L'implication d'usagers partenaires au sein des comités décisionnels;
- Les efforts continus d'adaptation à la diversité culturelle de notre population;
- La qualité du partenariat et des alliances pour la clientèle avec les ressources communautaires;
- La qualité des interventions professionnelles pour la recherche de l'autonomie des usagers;
- La culture de sécurité et de mesure.

Au terme de ces visites, se concluait également le cycle d'agrément 2018 à 2023 qui a prévalu au CIUSSS NIM de maintenir le statut d'établissement agréé avec une cote globale de conformité de 93,8 % pour l'ensemble des programmes-services et indiquant par le fait même que notre établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'Agrément Canada.

Les travaux de démarrage du deuxième cycle (2023-2027) ont également débuté et nos équipes sont en préparation en vue de la prochaine visite qui se tiendra en novembre 2024. Celle-ci visera les normes de leadership, de santé publique, de télésanté, du programme de prévention et contrôle des infections, des services de retraitement des dispositifs médicaux et de la gestion du circuit du médicament.

Notre organisation s'engage ainsi à continuer de se servir de l'information contenue dans les rapports d'agrément et les plans d'amélioration de la qualité pour élaborer des plans d'action visant à continuer d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services.

### **Évaluation de la qualité des milieux de vie**

Le mandat de la coordination de l'évaluation de la qualité des milieux de vie confié par le ministère en 2022-2023, aux directions de la qualité, de l'évaluation, de la performance organisationnelle et de l'éthique (DQEPE) de chaque CIUSSS et CISSS s'est poursuivi en 2023-2024.

La DQEPE a maintenu une étroite collaboration avec les directions cliniques concernées pour développer des mécanismes propres au CIUSSS NIM et d'assurer une vigie en continu de la qualité des milieux de vie. Différentes phases de déploiement sont prévues pour ce mandat, la phase 1 du mandat ministériel concerne les ressources intermédiaires (RI), les CHSLD publics et privés conventionnés et elle est déjà très bien entamée.

#### **CHSLD publics**

Pour l'année 2023-2024, huit parmi les dix CHSLD publics ont été soumis à des visites ministérielles. Il s'agit des :

- CHSLD Paul-Gouin
- CHSLD Paul-Lizotte
- CHSLD Saint-Joseph de la Providence
- CHSLD Auclair
- CHSLD Petite-Patrie
- CHSLD Laurendeau
- CHSLD Légaré
- CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci

Ces visites avaient pour objectif de vérifier les critères ministériels d'évaluation de la qualité du milieu, couvrant divers aspects tels que l'accueil des résidents et des proches aidants, les droits des résidents et des proches aidants, les pratiques cliniques, l'activité repas et le milieu de vie. Suite à ces visites, un plan d'action a été élaboré en collaboration avec le milieu, la direction de l'hébergement et la DQEPE, puis soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans les délais impartis; soit 30 jours après la réception du rapport de visite.

#### **CHSLD privés conventionnés**

Pour la même période, quatre parmi les six CHSLD privés conventionnés du territoire du CIUSSS NIM ont reçu les visites ministérielles, suivant les mêmes critères d'évaluation que les CHSLD publics. Des recommandations ont été formulées et un plan d'action a été transmis au MSSS avec des visites de suivi prévues dans un avenir proche. Il s'agit des :

- CHSLD Angelica
- CHSLD Les Cèdres
- CHSLD Saint-Vincent-Marie
- CHSLD Champlain de Gouin

### Ressources intermédiaires (RI)

Au cours de l'année, les démarches ont été entamées pour le renouvellement de 100 % des ententes. Cette procédure a déclenché le processus de vérification des 19 critères généraux du ministre.

Dans le cadre du mandat d'évaluation de la qualité des milieux de vie, des visites de courtoisie de toutes les RI du territoire du CIUSSS NIM ont été effectuées. Le remplissage de l'outil de vigie des MDV a permis d'apprécier la conformité des RI et un suivi visant l'amélioration de la qualité a été fait auprès de la nouvelle RI Le Beaulieu ainsi que la RI Tournesol.

### Résidences privées pour aînées (RPA)

La Direction qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique (DQEPE) a poursuivi les mesures d'accompagnement mises en place pour soutenir les RPA en vue d'une appropriation harmonieuse des nouveautés du règlement sur la certification des résidences privées pour aînées (RPA).

Présentement, le nombre de RPA certifiées sur le territoire du CIUSSS NIM s'élève à 42. Le nombre de RPA est passé de 44 à 42 en raison de la fermeture des deux RPA suivantes : Résidence Château Beaurivage et Résidence Rosemont.

Conformément au calendrier 2023-2024 des visites de vérification des conformités, 15 RPA du territoire du CIUSSS NIM ont reçu la visite d'Agrément Canada. Il s'agit de :

- Résidence Élisabeth
- Les Résidences Tournesol
- Chartwell, Bois-de-Boulogne, résidence pour retraités
- Résidence Les Cascades
- Résidence 6900 Papineau
- Complexe Gouin-Langelier
- Résidence Rosalie-Cadron
- Résidence L'Alto
- Les Habitations Pelletier
- Manoir Gouin
- Résidence Alfredo-Gagliardi
- Résidence Carrefour Rosemont
- Manoir Fleury
- Résidence Parc Jarry Inc.
- Résidence Des Ateliers

Les recommandations et suivis issus de ces visites concernent des critères sociosanitaires (seuil minimal, formations obligatoires, assurances, prestation sécuritaire des soins, entente de collaboration, etc.) et des normes d'exploitation (procédures, exigences administratives, etc.). Les certificats de conformité ont été émis après la réalisation des plans d'action.

### Visites de vigie de la Direction qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique (DQEPE)

L'équipe de la DQEPE a réalisé 107 visites de différentes natures (inspections, vérifications/validations, suivis, etc.) au sein des RPA. Plusieurs d'entre elles se sont réalisées en collaboration avec la Direction adjointe des ressources non institutionnelles (DARNI) et la Direction des soins infirmiers (DSI) pour le volet clinique des visites.

Ainsi, indépendamment de l'objectif initial de ces visites, s'ajoute une appréciation systématique et globale de l'état des lieux et de la qualité des milieux de vie sous trois axes :

- Hygiène, salubrité et sécurité des lieux;
- Atmosphère et ambiance générale du milieu;
- Présence d'activités de prévention au déconditionnement physique et mental des résidents.

Une échelle de cotation permet d'identifier les milieux qui nécessitent des suivis et actions prioritaires au terme des visites. Les enjeux relevés lors des visites ont fait l'objet de suivis et de correctifs de la part des RPA.

## **Sécurité et qualité des soins et services**

### **Action de promotion, déclaration et divulgation des incidents et accidents**

Pour l'année 2023-2024, nous observons une légère baisse du nombre de déclarations en comparaison aux deux dernières années. Cependant, le nombre de déclarations reste inférieur aux années antérieures à 2020.

Pour les services présentant les diminutions les plus importantes de déclaration, des actions de sensibilisation ont été réalisées auprès des gestionnaires et des équipes de façon périodique.

Afin de soutenir et d'accompagner les directions dans l'atteinte de leurs objectifs en termes de gestion intégrée des risques et plus spécifiquement en lien avec la prestation sécuritaire des soins et services, plusieurs démarches ont été entreprises au cours de la dernière année :

- L'outil « échelle de gravité » qui permet aux gestionnaires de choisir la gravité correspondante à chaque incident/accident, lors de l'analyse sommaire, a été révisé et diffusé sur l'intranet de la gestion des risques;
- Des activités de sensibilisation thématiques reliées à nos différents processus (déclaration, analyse sommaire, divulgation, événement sentinelle) ont été réalisées. Le nombre de participants pour les premières séances destinées aux gestionnaires et aux médecins s'élève à 224;
- Des audits qualité de chaque déclaration sont réalisés;
- Les portes d'entrée pour les demandes de formation et d'analyse d'événements sentinelles ont été révisées et seront rendues disponibles sur la page intranet de la gestion des risques;
- La tournée des directions générales adjointes (DGA) pour la présentation de l'offre de services de la gestion des risques a été amorcée. La nouveauté est que les conseillers en gestion des risques sont dorénavant attirés à chaque direction pour un soutien personnalisé;
- L'accompagnement de chaque direction pour l'identification de deux risques organisationnels au maximum dans chacune des 7 catégories de risques retenues par le comité exécutif (Reddition de compte ou performance, opérationnels, ressources humaines, santé et sécurité

au travail, technologique et informationnel, infrastructure et environnementaux). Ces risques identifiés constituent le profil de risques organisationnels de notre établissement.

En complément, l'équipe de la gestion des risques s'assure d'octroyer à tout nouvel employé les accès requis au Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) et à l'application Web dédiée à la saisie des données lors d'un incident ou d'un accident dans la prestation des soins et services. Ceci permet d'obtenir des données en temps réel et de tenir un registre local de l'établissement.

La tenue et l'exploitation du registre local des déclarations d'événements indésirables ainsi que le suivi de ces événements ont été assurés par la DQEPE. Plusieurs tableaux facilitant le suivi et contribuant à la promotion de la déclaration d'incidents et d'accidents ont été ajoutés aux outils.

Concernant le projet de décentralisation de la saisie des rapports d'incidents et d'accidents (AH-223), la majorité des installations déclarent de façon électronique dans le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), sauf les ressources intermédiaires (RI) pour lesquelles un plan de décentralisation sera mis en œuvre pour l'année 2024-2025.

### Nature des trois principaux types d'incidents et d'accidents

Au cours de l'année 2023-2024, en date du 21 mars 2024, 11 736 déclarations ont été traitées par le service de gestion des risques, soit 691 déclarations de moins que l'année précédente. De ce nombre, 8,60 % sont des incidents (gravité A et B) dont les trois principaux types sont *Autres*, *Traitement* et *Médication*, comme indiqués dans le tableau qui suit. À elles seules, ces trois catégories représentent 5,68 % de l'ensemble des déclarations en matière d'incidents et accidents.

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

Type d'événement	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Autre	245	24,28 %	2,09 %
Traitement	225	22,30 %	1,92 %
Médication	196	19,43 %	1,67 %
<b>Total des 3</b>	<b>666</b>	<b>66,01 %</b>	<b>5,68 %</b>
<b>Total CIUSSS A et B</b>	<b>1 009</b>	<b>100,00 %</b>	<b>8,60 %</b>

Incident = situations à risque ou échappée belle, usager non touché

Parmi les 11 736 déclarations traitées en 2023-2024, 82,06 % sont des accidents (gravité C à I). Les trois principaux types d'accidents représentent 72,37 % de l'ensemble des déclarations en matière d'incidents et accidents et se répartissent comme suit :

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

Type d'événement	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chute	5 508	57,19 %	45,93 %
Autre	1 769	18,37 %	15,07 %
Médication	1 216	12,63 %	10,36 %
<b>Total des 3</b>	<b>8 493</b>	<b>84,19 %</b>	<b>72,37 %</b>
<b>Total CIUSSS C à I</b>	<b>9 631</b>	<b>100,00 %</b>	<b>82,06 %</b>

Accident : action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur

Parmi les 11 736 déclarations traitées en 2023-2024, 1096 déclarations n'avaient pas d'indice de gravité indiqué [analyse sommaire non complétée], soit 9,34 % des formulaires reçus.

#### **La catégorie « Autres » regroupe plusieurs types d'événements, notamment :**

- Tests diagnostiques
- Problème de retraitement et de dispositifs médicaux
- Problème de matériel/équipement/bâtiment/effet personnel
- Blessure d'origine connue
- Blessure d'origine inconnue
- Bris de confidentialité
- Erreur liée au dossier
- Fugue/disparition (encadrement intensif)
- Événement lié à l'identification
- Obstruction respiratoire
- Plaie de pression, de positionnement
- Tout événement ne correspondant pas aux catégories décrites précédemment
- Tentative de suicide ou suicide
- Trouvé en possession d'objets dangereux

### **Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement**

Cette année, le comité de la gestion des risques a repris ses rencontres statutaires. Cinq rencontres du comité ont eu lieu, soit en avril, juin, septembre 2023, janvier et mars 2024. Celles-ci ont permis de faire le point sur les événements sentinelles majeurs en cours ainsi que sur les dossiers du coroner.

D'autres sujets transversaux ont été traités tels :

- Un plan d'action mis à jour pour la sécurité de la clientèle du CIUSSS NIM et pour la population de notre territoire en lien avec la chaleur accablante;
- La révision de la politique du code bleu avec l'inclusion de nouvelles installations;

- Le code rose à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (réajustement des outils suite aux interventions, code lancé entre 5 à 6 fois/an, enjeu d'avoir en permanence un pédiatre);
- Présentation des mécanismes d'alerte et mobilisation.

Des retours sont aussi effectués sur les rapports trimestriels et annuels des incidents-accidents.

### Événements sentinelles

Chaque année, un certain nombre d'incidents et accidents déclarés sont traités en événement sentinelle et bénéficient d'une analyse approfondie permettant de mettre en lumière les mesures à déployer afin d'éviter la récurrence de l'événement. Le terme événement sentinelle est utilisé pour désigner un événement qui demande une analyse approfondie parce qu'il révèle des failles dans un processus qui ont entraîné ou auraient pu entraîner des conséquences graves. Quatre types d'événements peuvent être qualifiés d'événements sentinelles :

- Type 1 : accident ayant entraîné des conséquences graves.
- Type 2 : incident ou accident qui auraient pu avoir des conséquences graves si la situation n'avait pas été récupérée à temps.
- Type 3 : incident ou accident qui se sont produits à plusieurs reprises, même si aucun n'est à l'origine de conséquences graves; sa fréquence élevée est révélatrice de failles dans les processus en cause qui seront, un jour ou l'autre, à l'origine d'une conséquence grave.
- Type 4 : accident qui a touché plusieurs usagers et dont les conséquences potentielles sont inconnues.

Voici les principales mesures mises en place par l'établissement suite à l'analyse des événements sentinelles et classées par pratiques organisationnelles requises (POR).

#### ***POR – Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins***

- Assurer que les communications sur le poids de l'usager entre le personnel soignant et la pharmacie soient effectuées en utilisant le système métrique donc en kilogramme.
- Bonifier la formation initiale lors de l'orientation du nouveau personnel infirmier à la différence d'un traitement de « Prophylaxie » vs « Thérapeutique ».
- Qu'un rappel soit fait sur le champ de pratique autonome d'une infirmière versus celui du médecin concernant les prescriptions médicales.
- Diffuser et faire un rappel de la Procédure (PRO-10-011) en lien avec la feuille d'administration des médicaments (FADM) à l'ensemble de l'équipe du 2N (Unité de soins HSCM - Neurologie) en axant la formation sur les deux points suivants :
  - A. Sur le fait de contacter un pharmacien rapidement lorsqu'il y a un problème de concordance entre la prescription et la FADM.
  - B. Que le personnel puisse prendre connaissance de la procédure concernant la manière de relever la FADM et appliquer le protocole en cas d'erreur et en tout temps.

### ***POR - Prévention du suicide***

- Rendre disponible un seul modèle de jaquette pour tous les usagers de l'urgence à l'Hôpital Jean-Talon et retirer tous les modèles de jaquettes à cordons afin de réduire les risques de suicide chez les usagers;
- Informer le personnel que la surveillance d'usager ne correspond pas aux tâches du personnel administratif. Cependant, le personnel administratif doit communiquer toutes les informations ou observations pertinentes en lien avec les usagers au personnel soignant;
- Diffuser la Fiche POR sur la prévention du suicide auprès des équipes en les informant qu'un algorithme et qu'un aide-mémoire spécifique à l'hébergement est en cours de rédaction;
- Élaborer un algorithme pour guider les pratiques;
- Élaborer un aide-mémoire sur les facteurs de risque, facteurs précipitants, etc. S'assurer que tous les préposés aux bénéficiaires (PAB), infirmières et infirmières auxiliaires ont reçu la formation « Prévenir le suicide chez les résidents âgés-repérer et agir » dans la plateforme de formation continue « ENA » (préférentiellement des groupes de formation).

### ***POR - Prévention des chutes et réduction des blessures***

- Compléter pour chaque usager qui le requiert les outils d'évaluation du risque de chute;
- Informer le personnel infirmier qui complète le plan thérapeutique infirmier (PTI) de faire la mise à jour en temps opportun et par la suite de mettre à jour les documents découlant pour s'assurer que les interventions et suivis soient transmis au personnel de la ressource intermédiaire (RI);
- Auditer des dossiers usagers pour s'assurer que le PTI soit à jour en temps opportun;
- Faire la mise à jour du PTI puis mettre à jour les plans de soins de l'usager pour la RI;
- Vérifier auprès du coordonnateur des soins et la réceptionniste de la RI le fonctionnement actuel lors de la réception de courriel de l'infirmière du CIUSSS NIM par la réceptionniste après 16 h;
- Mettre en place une procédure de traitement et d'acheminement des directives cliniques envoyées par courriel après 15 h;
- Diffuser les outils de prévention des chutes au personnel infirmier et préposés aux bénéficiaires;
- Informer le personnel de la RI L'Acadie-Les Cèdres et le coordonnateur des directives de l'utilisation ainsi que de la manipulation des tapis sonores. Effectuer des rappels;
- Sensibiliser le personnel soignant en RI quant aux signes de changement d'état de santé des usagers à travers des rappels;
- Effectuer une vérification du cartable des procédures afin de s'assurer que les procédures qui s'y trouvent sont à jour.

### ***POR - Sécurité des usagers : formation et perfectionnement***

- Avoir un « protocole de non-réponse d'un usager » qui promeut la vigilance et qui est harmonisé dans les trois réseaux locaux de services (RLS) du CIUSSS NIM;
- S'approprier une nouvelle façon de travailler afin d'octroyer le service. Il faut attendre la confirmation de l'agence de placement qui prend en charge le service. La feuille de route est envoyée par la suite avec les détails nominatifs sur les usagers. C'est par la suite qu'il est possible d'indiquer dans le logiciel Maya quelle agence octroie le service.

### **Événements sentinelles non reliés à une POR**

- **Événements liés aux fugues :**
  - Embaucher une autre réceptionniste afin qu'il y ait deux personnes à la réception pour contrôler le volume d'entrées et de sorties en plus des tâches administratives;
  - Évaluer la faisabilité d'installer des claviers numériques aux ascenseurs. Si l'évaluation du technicien est concluante, alors procéder aux étapes nécessaires pour leur installation.
- **Événements reliés à la gestion du matériel/équipement :**
  - Dans les futurs contrats avec les entrepreneurs, inclure une clause qui demande que toute intervention à un système, autre que des travaux de construction, nécessite une approbation par le chargé de projet de construction pour s'assurer que les systèmes soient remis en état;
  - Signer l'entente de service entre le CIUSSS NIM et le CIUSSS du Centre-Sud afin que les délais d'intervention cessent pour assurer la sécurité des usagers de l'unité.
- **Événements reliés à un bris dans la continuité des services :**
  - Créer un registre de l'ensemble des usagers entre 2022 et 2024 pour vérifier qu'ils ont reçu leur service médical en incluant les tests réalisés à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM), Vitalaire et Biron;
  - Assurer le suivi clinico-administratif des usagers ayant fait une Polygraphie cardio-respiratoire du sommeil - Apnée du sommeil (PCRS) à HSCM (gestion de la liste d'attente et suivi médical);
  - Officialiser et diffuser la trajectoire de service où s'inscrit le test PCRS;
  - Présenter la manière de prescrire au prescripteur et au guichet d'accès en santé physique (GASP) afin d'uniformiser la complétion d'une demande de PCRS pour que celle-ci soit sans équivoque.

### **Prévention et contrôle des infections nosocomiales**

La dernière année a permis à l'équipe de Prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCI) de reprendre toutes les activités et les dossiers mis en suspens pendant la période de pandémie. Un grand besoin de formation a été constaté au cours de la dernière année pour les différents titres d'emploi. Par conséquent, l'équipe PCI a élaboré un plan de formation PCI global.

#### **Surveillance des infections nosocomiales**

L'équipe a poursuivi l'ensemble des surveillances obligatoires liées aux infections nosocomiales en courte durée : diarrhées à *Clostridium difficile* (DACD), bactériémies totales, bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse, bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline - SARM et bacilles Gram négatif producteurs de carbapénémases – BGNPC, *Candida auris*, infections de sites opératoires en chirurgie cardiaque et neurochirurgie à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM).

Des surveillances sont aussi effectuées en CHSLD, comme les DACD et les BGNPC. De plus, la surveillance des infections urinaires sur cathéter a été consolidée et déployée dans l'ensemble des CHSLD.

## Gestion des éclosions

La gestion des éclosions COVID dans tous les secteurs de soins et d'hébergement a encore été une activité importante au cours de la dernière année malgré la fin de la pandémie.

Une augmentation importante des éclosions d'influenza et du virus respiratoire syncytial a été notée tout au long de la saison des virus respiratoires, dans les centres hospitaliers de courte durée et les CHSLD.

D'août à octobre 2023, sept éclosions d'entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) sont survenues à l'HSCM, ce qui a nécessité des interventions extraordinaires, puisqu'un grand nombre d'unités ont été touchées simultanément. Un plan d'action global a été établi afin de maîtriser la situation.

## Maîtrise de l'infection

### *Maladies émergentes sévères infectieuses (MESI)*

Suite à la mise en place des différents comités (trajectoires, équipements de protection individuelle, protocoles et outils, gestionnaires de cas et formations), un grand travail a été accompli au cours de la dernière année. Mentionnons entre autres, l'établissement des trajectoires pour les cas de niveau 2 et 3, le déploiement des chariots d'équipement de protection individuelle (EPI) adaptée pour chaque niveau, la révision des fiches réflexes et des protocoles ainsi que le déploiement de la formation.

### *Service d'hémodialyse*

Une évaluation des mesures de prévention des infections des maladies transmissibles par le sang dans ce secteur de soins a été faite par l'équipe. Des recommandations ont été émises afin de répondre aux lignes directrices.

### *Environnement*

L'équipe PCI a poursuivi son rôle-conseil dans les différents projets de construction/rénovation afin de recommander les mesures PCI durant les travaux. Le tout s'est fait en collaboration avec les chargés de projet de la direction des actifs immobiliers (DAI) qui sont responsables des chantiers.

Une priorisation des besoins de salles à pression négative pour les prochaines années a été faite en collaboration avec l'équipe de la DAI.

La contamination du réseau d'eau du centre intégré de traumatologie (CIT) par la *Legionella* est demeurée inchangée. Les mesures actuelles de prévention en lien avec l'utilisation de l'eau lors des soins aux usagers les plus à risque (soins intensifs, néonatalogie) sont en place et semblent efficaces. Aucun cas de *Legionella* n'a été identifié. Un plan de sécurité de l'eau devra être développé par la DAI.

## **Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1 de la LSSSS)**

La politique et les procédures de secteurs ont été approuvées et sont déployées et en cours d'utilisation. Elles sont disponibles, ainsi que les outils cliniques qui les accompagnent, sur l'intranet du CIUSSS.

La formation visant les professionnels des quatre missions a été développée et est maintenant déployée en continu. Elle fait partie du curriculum de formation lors de l'intégration de tous les employés visés par les procédures liées aux mesures de contrôle.

Un registre électronique de l'utilisation des mesures de contrôle a également été déployé pour nos centres hospitaliers (CH) et nos centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Ce registre nous permettra de faire des analyses des utilisations des mesures de contrôle. L'utilisation de ce registre demeure à consolider dans certains secteurs pour s'assurer de la compilation rigoureuse des données liées à leur utilisation.

Un rapport annuel sur l'utilisation des mesures de contrôle (contentions, isolement et substances chimiques) en CHSLD et en CH est disponible. Il présente la compilation des données par trimestre et sera produit en quatre phases au cours de l'année. L'objectif de ce rapport est de pouvoir comparer les données entre les trimestres, les programmes-services, les installations et les années antérieures pour faire ressortir des tendances afin de noter les bons coups ou d'apporter des améliorations.

La structure de gouvernance a été révisée et mise à jour afin de mieux répondre aux exigences, standards de soins et aux besoins des usagers et des équipes cliniques.

Comme perspective d'avenir, nous souhaitons consolider le travail en pratiques interdisciplinaires en matière de mesure de contrôle pour faciliter l'arrimage entre les différents professionnels impliqués dans l'évaluation et l'intervention liées à cette thématique. D'ailleurs, nous sommes en train de réviser les processus cliniques et administratifs concernant les pratiques liées aux mesures de contrôle dans le secteur de la déficience intellectuelle, des troubles du spectre de l'autisme et de la déficience physique (DI-TSA-DP) pour les usagers à domicile afin d'optimiser les liens entre ce secteur et le secteur du soutien à domicile.

Finalement, le CIUSSS a intégré le milieu carcéral depuis l'adoption de la politique et des procédures de secteur liées aux mesures de contrôle. Nous prévoyons des travaux pour intégrer ce secteur à la politique et pour développer une procédure spécifique au milieu carcéral pour encadrer la pratique des professionnels de soins afin d'assurer une surveillance conforme et sécuritaire lors de l'application des mesures de contrôle chez les usagers incarcérés en fonction des rôles et des responsabilités établies.

## Mesures mises en place par l'établissement à la suite des recommandations formulées par diverses instances

### Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

En cohérence avec l'approche collaborative privilégiée par le commissariat local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS), les mesures d'amélioration découlant de l'examen d'une plainte ou d'une intervention font habituellement l'objet d'engagements de la part des gestionnaires concernés. Les recommandations et engagements qui soulèvent des enjeux plus importants relativement au respect des droits et à la qualité des services font l'objet d'un suivi au comité de vigilance et de la qualité (CVQ). Les dossiers qui ont été suivis par le CVQ jusqu'à la mise en place des mesures d'amélioration requises entre le 1<sup>er</sup> avril 2023 et le 31 mars 2024 sont les suivants :

### *Programmes de santé physique générale et spécialisée*

Mesures d'amélioration complétées en réponse aux engagements et recommandations :

- Amélioration des pratiques concernant le consentement aux soins et le soulagement de la douleur en contexte de fin de vie;
- Amélioration des communications afin d'assurer la continuité des services en physiothérapie, à la clinique externe interdisciplinaire d'orthopédie;
- Implantation d'un formulaire pour assurer un consentement libre et éclairé au choix de lentilles ophtalmiques, en tenant compte de l'ensemble des coûts prévisibles;
- Révision des modalités du suivi téléphonique postopératoire après le congé du centre hospitalier, pour assurer notamment une meilleure surveillance des signes et symptômes de complications graves;
- Amélioration de l'encadrement des étudiants en soins infirmiers par les précepteurs, dans le contexte des suivis téléphoniques postopératoires;
- Clarification de la procédure visant à assurer une communication efficace aux usagers lors d'un changement de médecin;
- Application de protocoles infirmiers en chirurgie d'un jour, portant notamment sur les vérifications préopératoires, le consentement, la surveillance post-administration d'opioïdes, l'enseignement et le suivi postopératoire;
- Correction des modalités de facturation de la clientèle n'ayant pas accès au régime d'assurance maladie de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les services en médecine nucléaire, afin d'éviter des erreurs récurrentes;
- Mise en place de diverses stratégies visant à assurer le respect d'un délai sécuritaire pour la réévaluation de la clientèle en attente à l'urgence;
- Sensibilisation du personnel de l'hôpital sur l'importance d'assurer la conformité de la diète prescrite aux usagers lors des repas;
- Soutien à un usager afin d'obtenir le reçu de paiement d'honoraires médicaux, afin de lui permettre de compléter une demande de remboursement à son assureur.

Lors de la dernière rencontre du CVQ, tenue le 16 janvier 2024, sept engagements et recommandations demeuraient en suivi. Ils portaient sur :

- L'attitude du personnel, la qualité et la sécurité des soins sur les unités de chirurgies de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM);
- Le renforcement des tournées horaires sur les unités de chirurgie de l'HSCM;
- La sécurité des transferts entre le bloc opératoire et l'unité de soins à l'Hôpital Fleury;
- La qualité et la sécurité de la prise en charge en pré et postopératoire en chirurgie d'un jour à l'Hôpital Fleury.

### ***Programmes sociaux et réadaptation***

Mesures d'amélioration complétées en réponse aux engagements et recommandations :

- Relocalisation d'un usager victime de maltraitance dans son milieu de vie afin d'assurer son bien-être et sa sécurité;
- Révision des modalités liées aux services achetés (ententes contractuelles « RPA+ ») en résidences privées pour aînés afin notamment de prévenir des abus financiers;
- Formation du personnel d'une ressource intermédiaire afin d'assurer les interventions adéquates lors d'une urgence médicale évidente;
- Mise en place d'un plan de protection pour un usager hospitalisé et en attente d'une orientation en hébergement, dans un contexte de maltraitance avérée à domicile par un proche;
- Clarification, dans les ententes de services avec les ressources intermédiaires, des responsabilités relatives à la déclaration des incidents et accidents;
- Mise en place de modalités permettant d'informer les usagers en temps opportun concernant la facturation en hébergement sur une unité du Centre multiservice de santé et de services sociaux Rivière-des-Prairies;
- Mise en place de mesures visant à assurer la sécurité des usagers d'une ressource intermédiaire, suite à des abus sexuels d'un usager sur un autre;
- Révision des modalités de collaboration entre les programmes de déficience intellectuelle, des troubles du spectre de l'autisme et de déficience physique (DI-TSA-DP) et de soutien à domicile, afin d'assurer l'accès aux évaluations préalables à la mise en place des services requis pour les usagers;
- Révision des procédures pour assurer un meilleur accès aux soins et la sécurité des personnes incarcérées dans le secteur de la réclusion à l'établissement de détention de Montréal.

Lors de la dernière rencontre du CVQ, quatre engagements et recommandations demeuraient en suivi. Elles portaient sur :

- La sécurisation de la méthode de gestion des mémos à l'établissement de détention de Rivière-des-Prairies pour éviter les échappées;
- L'accès aux soins et la sécurité des personnes incarcérées dans le secteur de la réclusion à l'établissement de détention de Montréal;

- L'analyse des besoins de rehaussement de compétence du personnel infirmier à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive du centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci;
- La sécurisation du système de gestion des rendez-vous au centre de détention de Rivière-des-Prairies.

#### ***Direction des ressources financières et de la logistique***

Mesures d'amélioration complétées en réponse aux engagements et recommandations :

- Révision de factures, en raison de non-conformité du consentement de l'utilisateur, ou d'informations erronées transmises par le personnel relativement aux frais associés aux services;
- Clarification auprès des compagnies de transport sous contrat avec l'établissement, relativement à leur obligation de déclarer tout accident survenu pendant le transport d'un usager de l'établissement;
- Révision de la facture d'une usagère non couverte par la RAMQ, en raison de la nature déraisonnable de la décision prise de facturer le type de lit occupé (contexte où un nouveau-né ne peut qu'être hospitalisé dans un lit de néonatalogie, même s'il ne requiert pas de soins intensifs);
- Correction d'une facture liée à l'usage d'un code erroné.

#### ***Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique***

Lors de la dernière rencontre du CVQ, un nouvel engagement a été présenté et demeure en suivi. Il portait sur la sécurité du processus de transmission des demandes de réclamation entre les gestionnaires de l'établissement et l'équipe responsable de la direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique.

#### **Suivi des recommandations du médecin examinateur**

À l'instar du suivi des recommandations du CLPQS, le suivi des recommandations des médecins examinateurs a été réalisé par le CVQ. Les dossiers qui ont été suivis jusqu'à la mise en place des mesures d'amélioration requises, entre le 1<sup>er</sup> avril 2023 et le 31 mars 2024, sont les suivants :

- Mise en place de modalités pour assurer la continuité de la prise en charge médicale suite au départ d'un médecin;
- Mise à jour de l'adresse professionnelle d'un médecin pour assurer la réception et le suivi des résultats d'examen en temps opportun;
- Renforcement de la sécurité du suivi des résultats d'examen à l'urgence d'un centre hospitalier;
- Prise en charge des échographies du 3<sup>e</sup> trimestre par des gynécologues-obstétriciens plutôt que par des radiologues;
- Présentation clinique en réunion de service, comité morbidité-mortalité ou comité d'évaluation de l'acte médical pour revoir des situations cliniques problématiques :
  - Lithiase urinaire non diagnostiquée à l'urgence;

- Exacerbation soudaine et sévère des symptômes d'un usager avec acouphènes chroniques : pertinence de rechercher une possible surdité neurosensorielle;
- Décès suite à une embolie pulmonaire massive à la suite d'une salpingo-ovariectomie;
- Complications médicales ayant nécessité une réhospitalisation dans un autre établissement suite au congé;
- Lésion du nerf sciatique avec séquelles fonctionnelles suite à une chirurgie de prothèse totale de la hanche;
- Prise en charge de l'hémorragie intracérébrale à l'urgence;
- Prise en charge à l'urgence d'un usager présentant des vertiges post-chute;
- Douleurs persistantes et déformation de la colonne vertébrale malgré plusieurs chirurgies;
- Suivi de résultats d'examen non réalisés en cardiologie (révision conjointe par les équipes de cardiologie et de médecine nucléaire).

Lors de la dernière rencontre du CVQ, onze recommandations demeuraient en suivi. Elles portaient sur :

- L'efficacité du repérage au dossier médical du formulaire de niveau de soins le plus récent;
- Les modalités de facturation des services médicaux aux usagers non couverts par la RAMQ;
- La prescription d'un médicament malgré les questionnements soulevés par les proches;
- Certaines conditions ou complications dont les médecins peuvent tirer des apprentissages (recommandations de présentation clinique en réunion de service, de comité morbidité-mortalité ou de comité d'évaluation de l'acte médical) :
  - Suivi de résultats d'examen non réalisés en cardiologie;
  - Efficacité des communications à l'usagère relativement à la nécessité d'une césarienne, suite à un transfert de la maison de naissance avec sa sage-femme;
  - Manque d'appréciation de l'impact possible de l'insuffisance surrénalienne chronique sur l'état aigu de l'usager, et documentation insuffisante du processus de diagnostic.

### **Suivi des recommandations du Protecteur du citoyen**

Quinze nouvelles recommandations ont été adressées à l'établissement au cours de l'exercice, dans six dossiers distincts.

Les dossiers qui ont été présentés au CVQ au cours de l'exercice comme ayant été conclus à la satisfaction du Protecteur du citoyen concernaient les recommandations et mesures d'amélioration suivantes :

- Établissement d'un plan de contingence pour assurer la qualité minimale des soins au regard des besoins et de la vulnérabilité des usagers hospitalisés sur les unités de médecine, en contexte de pénurie de personnel;
- Rappel au personnel infirmier de l'importance de réaliser une évaluation initiale dès que possible, après l'admission d'un usager, afin d'évaluer l'ensemble de ses besoins et d'établir les priorités de soins de façon personnalisée;
- Rappel au personnel d'une unité de soins de l'importance de faire preuve de diligence dans l'application des recommandations des professionnels en ergothérapie concernant

l'installation des surfaces thérapeutiques;

- Mise en place de diverses mesures afin de s'assurer que les personnes transférées dans une place d'hébergement transitoire reçoivent en tout temps les soins et les services requis par leur condition, incluant le matériel spécialisé;
- Rappel au personnel de l'urgence d'effectuer une évaluation clinique complète en cours d'observation, incluant les signes vitaux et neurologiques, notamment lorsqu'une personne consulte pour céphalée ou migraine;
- Rappel au personnel infirmier de nuit l'importance d'administrer la médication contre la douleur prescrite régulièrement afin d'optimiser le soulagement de la douleur, sauf indication contraire;
- Rappel de l'importance du travail d'équipe entre le personnel; soit que le personnel infirmier est responsable de s'assurer que les tâches qu'il délègue soient conformément effectuées, et aux autres membres de l'équipe de se référer à lui pour toutes questions ou incertitudes concernant les soins à la personne;
- Réinstauration des tournées horaires sur l'ensemble des quarts de travail, en y impliquant activement les préposés aux bénéficiaires;
- Rappel au personnel des règles applicables à l'usage du cellulaire personnel;
- Rappel au personnel soignant d'une unité psychiatrique concernant les règles applicables à l'usage exceptionnel des mesures de contrôle.

Lors de la dernière rencontre du CVQ, l'établissement était en attente de la réponse du Protecteur du citoyen, quant à sa satisfaction des mesures mises en place à sept de ses recommandations :

- Rappel au personnel infirmier de l'urgence qu'il a l'obligation d'informer la famille dans les plus brefs délais lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée, et de consigner l'information au dossier;
- Mise en place de mesures visant à s'assurer que le personnel des soins intensifs maîtrise l'application des mesures de contrôle en conformité avec la politique de l'établissement;
- Réévaluation du profil clinique et d'autonomie à domicile d'un usager, assignation d'un intervenant pivot et détermination d'un plan d'aide à domicile pouvant être offert par la modalité du chèque emploi-service dans le contexte particulier de l'usager;
- Révision du formulaire de choix de chambre afin d'y prévoir un espace où l'usager ou son représentant doit apposer la date et l'heure de sa signature ainsi qu'une section pour confirmer la remise d'une copie du formulaire à l'usager ou son représentant;
- Rappel au personnel concerné de l'importance de remplir correctement le formulaire de choix de chambre, notamment en ajoutant l'heure de leur signature;
- Mise en place de mesures pour informer, aux deux semaines, l'usager ou son représentant du montant de la facture accumulé pour les frais de chambre et de la possibilité de modifier le choix effectué;
- Annulation d'une facture transmise à un usager concernant les frais pour l'occupation d'une chambre privée.

Toujours lors de cette dernière rencontre du CVQ, trois nouvelles recommandations du Protecteur du citoyen ont également été présentées, dont le suivi était attendu pour le 31 mai 2023. Ces recommandations visent à :

- Se conformer à la circulaire ministérielle et limiter les montants des avances de fond demandées aux non-résidents canadiens aux tarifs des seuls services planifiés, c'est-à-dire aux tarifs des services qu'ils recevront assurément;
- Se conformer à la circulaire ministérielle quant aux avances de fond pour honoraires médicaux pouvant être demandées aux non-résidents canadiens;
- Réviser en conséquence le « Tableau des tarifs exigés pour les dépôts » apparaissant sur les formulaires « Tarifs exigés pour les usagers non-résidents du Canada sans carte d'assurance maladie » des trois hôpitaux du CIUSSS.

### **Coroner**

Pendant l'année 2023-2024, le CIUSSS NIM a pris connaissance de 2166 rapports reçus via la liste de distribution du Bureau du coroner.

- 5 s'adressaient au CIUSSS et comportaient des recommandations;
- 15 s'adressaient au CIUSSS et ne comportaient aucune recommandation;
- 62 rapports s'adressant à d'autres CIUSSS ont été retenus et acheminés aux directions et services concernés du CIUSSS NIM dans un but d'amélioration continue;
- 2084 rapports envoyés à l'ensemble du réseau, qui ne comportaient aucune recommandation pour notre CIUSSS.

Voici un résumé des recommandations adressées à l'établissement.

### **Décès à domicile**

*Recommandations :*

- CLSC de Montréal-Nord: Instaurer des directives afin d'assurer la mise en place d'un suivi diligent, effectif et en personne dans les cas où un médecin demande un suivi psychosocial pour un usager ayant des troubles de santé mentale et de favoriser son application promptement par le biais de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux;
- Si le dossier d'une personne ayant des troubles de santé mentale et qui est référée par un médecin pour un suivi psychosocial devait être classé et fermé; s'assurer que tous les moyens ont été envisagés pour lui offrir les services requis compte tenu de son état de santé et de ses besoins.

*Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :*

- Rappeler aux équipes les directives des cadres de référence;
- Faire un rappel aux équipes sur les directives en place pour assurer un suivi diligent, effectif et en personne (lorsque nécessaire).

## **Chute en CHSLD avec fracture de la hanche droite**

### *Recommandations :*

- Hôpital Jean-Talon : Réviser comment ce transfert s'est organisé et s'assurer que l'information pertinente a bien été transmise à l'établissement receveur par l'infirmière de liaison et/ou le travailleur social, notamment au niveau des comportements de l'usager (agressivité et errance). L'objectif doit être de réaliser le transfert le plus harmonieux possible.

### *Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :*

- Faire l'analyse complète du dossier;
- S'assurer que toutes les informations nécessaires au transfert d'un usager soient transmises, de sorte à réaliser le transfert de plus harmonieux;
- Rappeler aux équipes cliniques de joindre toutes les documentations, même subséquentes à une demande initiale d'hébergement aux équipes ou à l'établissement receveur.

## **Décès à domicile suite à des complications médicales multiples**

### *Recommandations :*

- Hôpital Jean-Talon : Revoir le dossier médical complet de l'usager pour évaluer si des modifications doivent être apportées concernant les protocoles d'examen par imagerie médicale lorsque des foyers infectieux sont en investigation chez un usager afin de préciser les diagnostics et appliquer les plans de traitements appropriés.

### *Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :*

- Discuter des procédures dans l'investigation des bactériémies et des spondylodiscites en réunion du comité de mortalité-morbidité;
- Révision des processus conformément aux lignes directrices.

## **Décès suite à une obstruction des voies respiratoires**

### *Recommandations :*

- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : Mettre en place une formation sur le dépistage et la prise en charge de la dysphagie;
- Créer un mode d'information à déposer à la tête du lit de l'usager qui présente un risque de dysphagie.

### *Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :*

- Mise en place en avril 2023 d'une nouvelle formation disponible sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial, intitulée Dysphagie : une affaire de tous! Cette formation a été diffusée dans l'objectif de soutenir les professionnels à améliorer la prise en charge d'usagers avec des signes cliniques de dysphagie en contexte hospitalier;
- Documenter le risque de dysphagie de l'usager dans les outils de travail déjà existants et utilisés par les professionnels, tels les plans de travail des préposés aux bénéficiaires (PAB) et les feuilles d'administration des médicaments (FADM) entre autres.
- Afin de garantir la continuité des soins et de s'assurer que les services sont conformes aux besoins individuels de chaque patient, les PAB sont tenus de consulter régulièrement leur plan de travail et de veiller à sa mise à jour. Dans cette optique, le personnel infirmier a la responsabilité d'entretenir une communication régulière avec les PAB pour leur fournir toutes les informations pertinentes. La communication directe est fortement encouragée à cet égard et des rappels ont été adressés aux équipes pour mettre en lumière l'importance de cette pratique.

## Décès à domicile

### Recommandations :

- Hôpital Fleury : Analyser la qualité de la prise en charge de l'usagère et des soins posés dans son dossier et le cas échéant, de mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en pareilles circonstances.

### Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

- Une demande officielle a été déposée afin que le dossier soit étudié au comité de morbidité et mortalité du département d'obstétrique-gynécologie du CIUSSS NIM. Advenant que des recommandations soient émises, celles-ci seraient étudiées avec les secteurs concernés afin de mettre les mesures nécessaires en place pour éviter la récurrence.

## Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

### Mises sous garde du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024

Installation	Total établissement Mission CH
Mise sous garde	
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1 054
Nombre de demandes (requêtes) de mise sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	760
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	709
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	606
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	569

## L'examen des plaintes et la promotion des droits

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est nommée par le conseil d'administration. Elle est responsable du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle a, entre autres mandats, les responsabilités suivantes :

- Appliquer la procédure d'examen des plaintes;
- Examiner les dossiers qui lui sont soumis et rendre des conclusions motivées dans les 45 jours suivants le dépôt de la plainte;
- Assister ou veiller à ce qu'une assistance soit prêtée aux usagers;
- Intervenir, de sa propre initiative ou sur signalement, lorsqu'elle a des motifs de croire que les droits des usagers ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés;
- Recevoir tous les signalements effectués dans le cadre de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne en situation de vulnérabilité*;
- Donner son avis sur toute question de sa compétence.

Les moyens utilisés par l'établissement pour permettre à la population d'accéder au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sont les suivants :

- Site Web du CIUSSS NIM ([www.ciusss-nordmtl.ca](http://www.ciusss-nordmtl.ca)), section [Satisfaction des services](#);
- Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Activités de promotion et d'information dans les différentes installations du CIUSSS NIM.

## L'information de la population

Le CIUSSS NIM déploie un ensemble d'outils et met en œuvre des activités en continu pour informer la population de son territoire et pour la consulter afin de mieux comprendre ses besoins et ainsi adapter son offre de services.

### Campagne multicanal de promotion

#### Campagne pour les alternatives à l'urgence

Plusieurs actions de communication ont été réalisées afin de sensibiliser la population à consulter les bons professionnels selon leur situation de santé, et d'éviter de se rendre à l'urgence si le service ou le soin peut être offert en première ligne. Mentionnons la diffusion d'informations entre autres sur le site Web du CIUSSS NIM, les publications Facebook, les visuels sur les écrans numériques et l'infolettre *Mon monde en santé*. Un feuillet et un dépliant sur les options autres que l'urgence ont été développés en respectant les normes de littératie, en conservant un langage clair et simple. Ainsi, plus de 21 500 feuillets ont été distribués dans les installations de première ligne, dans les urgences et dans les pharmacies afin de faire connaître les modalités pour consulter le bon professionnel au bon moment.

#### Campagne pour la rougeole

Afin de sensibiliser la population à l'importance de se faire vacciner contre la rougeole, nous avons déployé plusieurs actions de communication, dont la distribution d'une affiche personnalisée pour promouvoir les initiatives locales de vaccination sans rendez-vous.

#### Promotion des services de première ligne

Nous avons poursuivi nos efforts pour faire connaître les services de première ligne auprès de la population. Ainsi, nous avons distribué plus de 15 000 dépliant dans les installations du CIUSSS NIM.

#### Promotion de l'offre de service des points de service locaux

Cette année, l'offre de service des points de service locaux, a été améliorée. Les accès à la prise de rendez-vous des services de dépistage, à la vaccination et aux prélèvements ont été simplifiés. Les usagers peuvent en faire la demande grâce à un numéro de téléphone unique ou directement en ligne. Plusieurs compléments d'information pour promouvoir cette nouvelle offre ont été publicisés dans l'infolettre à la population, sur les écrans numériques, les réseaux sociaux et le site Web. De plus, des affiches ont été distribuées dans les installations de première ligne.

### Médias sociaux et site Web du CIUSSS

Grâce au site Web et aux médias sociaux du CIUSSS NIM, nous faisons connaître les projets de notre organisation et de nos équipes et faisons rayonner nos services à la population.

Depuis février 2024, le CIUSSS NIM est sur Instagram. Les publications visent à faire connaître différents métiers pour faciliter le recrutement. La première publication a reçu un accueil favorable comptabilisant près de 4500 vues.

### **Relations avec les médias et rayonnement**

Cette année a été ponctuée de grands changements et de belles nouvelles pour l'équipe des communications et des relations avec les médias du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, avec la constitution d'une direction à part entière relevant directement de la présidente-directrice générale. Ce nouveau positionnement a été accueilli comme une reconnaissance précieuse de l'expertise de notre établissement en communication organisationnelle, populationnelle, stratégique, numérique ainsi qu'en relation avec les médias et affaires publiques.

Ainsi, la diffusion de la première saison de la série documentaire *De Garde 24/7*, tournée à l'Hôpital-du-Sacré-Cœur, a permis de faire rayonner plusieurs de nos spécialités médicales comme la traumatologie, et faire connaître au grand public des figures incontournables et de grands professionnels de notre centre hospitalier à vocation universitaire.

En plus des 400 demandes médias qui ont été traitées par l'équipe tout au long de l'année, des efforts de proactivité ont été déployés sans relâche pour mieux faire connaître les missions et experts au cœur de notre établissement dans les médias. On peut citer en exemple le reportage intitulé *Le délicat travail de Hicham*, dressant le portrait d'un travailleur social en soins à domicile dans La Presse du 22 juillet 2023.

### **Centre d'information à la population**

Toujours au rendez-vous pour accompagner la population du territoire du CIUSSS NIM dans la recherche d'information sur nos soins et services de santé, le Centre d'information à la population (CIP) a répondu cette année à près de 170 000 appels, portant sur plus de 400 sujets différents.

Les agents du CIP ont notamment aidé les usagers à naviguer à travers notre nouvelle offre de services avec les Points de services locaux, lesquels ont repris en partie des soins et services auparavant offerts en CLSC. Nous avons également contribué à fournir à la population toute l'information pertinente sur les recours cliniques autres que l'urgence et bien sûr, sur la vaccination contre la rougeole.

### **Diffusion d'information aux usagers et à la population**

En collaboration avec les services techniques et de l'informatique, nous avons déployé un nouveau parc d'écrans numériques afin d'informer et de sensibiliser les usagers et leurs proches au sein de nos installations. Ce sont donc 96 écrans numériques qui sont aujourd'hui disponibles dans 21 de nos installations.

Dans le cadre du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour la population d'expression anglaise, nous avons traduit certains outils essentiels, notamment le dépliant sur les services à la population de première ligne, le feuillet sur le Guichet d'accès à un médecin de famille et celui sur le service psychosocial.

Afin d'améliorer la connaissance de nos services auprès de la population de notre territoire, nous avons poursuivi la publication mensuelle de notre infolettre à la population. Intitulée *Mon monde en santé*, notre infolettre a été revampée et ce sont plus de 1600 abonnés qui la reçoivent désormais pour avoir des informations pratiques sur les soins et services offerts, des conseils en santé et en matière de saines habitudes de vie. Certains des articles ont même été repris dans les infolettres des partenaires, ce qui constitue une belle vitrine pour faire connaître l'expertise de nos professionnels de la santé.

Nos relations de partenariat avec les arrondissements de notre territoire continuent d'évoluer, dans l'objectif de renforcer la prévention et la promotion de la santé auprès des usagers. Cette année, les sujets qui ont été les plus discutés ont porté sur la promotion des services de proximité, la vaccination, le suivi de grossesse, le Guichet d'accès à un médecin de famille, le Guichet d'accès à la première ligne (GAP), la prévention du suicide, et divers sujets sur la santé des femmes, des hommes et des petits. Outre les ententes de partenariat, notons aussi la collaboration avec le Cégep de Saint-Laurent, qui participe aussi à promouvoir les saines habitudes de vie auprès de ses étudiants.

### **Séances publiques du conseil d'administration**

En plus des séances régulières tenues tous les deux mois par notre conseil d'administration, où la population est invitée à discuter de ses préoccupations avec les membres du conseil et la direction de notre établissement, une séance publique d'information a lieu à l'automne 2023 pour présenter le bilan des activités du CIUSSS pour l'exercice 2022-2023.

## **La consultation de la population**

### **Partenariat avec les usagers**

Le CIUSSS NIM reconnaît l'importance du partenariat avec les usagers et s'engage à impliquer et faire participer des usagers partenaires pour améliorer les soins et les services. Le partenariat avec les usagers vise à valoriser la voix des usagers et des proches aidants en leur permettant de faire connaître leurs savoirs expérientiels, leurs points de vue, et surtout leur réalité concrète vis-à-vis la prestation des soins et services. Depuis 2015, le partenariat avec les usagers s'inscrit au sein de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance organisationnelle et de l'éthique (DQEPE), qui a pour mission de soutenir et d'accompagner les équipes à intégrer des usagers dans diverses activités organisationnelles visant à améliorer nos soins et nos services, et à faire participer les usagers tels des parties prenantes aux démarches d'amélioration continue.

Le CIUSSS NIM souhaite encourager davantage les activités de partenariat avec les usagers afin que cela devienne une pratique largement utilisée lors de la mise en œuvre de projets, de comités, de programmes et même de politiques, aussi bien dans les secteurs cliniques que les secteurs administratifs ou de soutien. Afin de soutenir cette démarche et développer davantage le partenariat avec les usagers, la DQEPE a entamé dans la dernière année une campagne de promotion et de communication pour sensibiliser et faire connaître cette pratique et ses bienfaits, toujours en y incluant des usagers partenaires. Plusieurs stratégies et moyens ont été mis en œuvre pour encourager les équipes à intégrer des usagers partenaires, mais également pour encourager les usagers à s'impliquer (conférence, affichage dans les établissements, distribution de feuillets d'information pour les usagers, création d'une page Web destinée à la population, etc.).

Tous les moyens mis en place ont déjà permis d'atteindre plusieurs objectifs, et ont surtout permis d'augmenter le nombre d'utilisateurs partenaires impliqués, et ce, au sein de différentes activités dans plusieurs directions et équipes. À titre d'exemple, nous retrouvons désormais des utilisateurs partenaires au sein des comités d'amélioration continue dans nos deux groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U). Nous impliquons également plusieurs utilisateurs partenaires dans l'un de nos projets phares du CIUSSS, celui du Dossier santé numérique (DSN). Nous retrouvons déjà trois utilisateurs partenaires sur le comité de coordination clinique. Ce nombre augmentera dans les semaines à venir, avec l'établissement de dizaines de groupes de travail qui incluront à leur tour des utilisateurs partenaires. Nous travaillons également avec le programme de cancérologie pour intégrer plus d'utilisateurs partenaires à ses initiatives. Nous continuons notre promotion de l'approche de partenariat avec les utilisateurs et maintenons les efforts pour améliorer nos soins et services en collaboration et en co-construction avec les utilisateurs et leurs proches.

## 6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Le groupe interdisciplinaire de soutien pour l'aide médicale à mourir a tenu quatre rencontres dans l'année. Son mandat qui est de :

- Soutenir les médecins et les équipes interdisciplinaires dans le cheminement de toute demande d'aide médicale à mourir, aussi bien dans l'établissement que dans le territoire du CIUSSS, par :
  - La transmission de l'information sur le processus et les protocoles cliniques;
  - Le soutien de proximité aux professionnels dans la réponse et dans le traitement d'une demande;
  - L'élaboration et la bonification d'outils clinico-administratifs en soutien au traitement d'une demande.

Un sous-comité « Éthique et aide à la décision » a été créé et a tenu deux rencontres dans l'année. Son mandat est de :

- Soutenir individuellement les médecins et les équipes interdisciplinaires en lien avec les différents enjeux éthiques de certaines demandes d'aide médicale à mourir.

Le sous-comité « Topo aide médicale à mourir », constitué de médecins, infirmières, travailleurs sociaux et ergothérapeutes, a tenu 48 rencontres au cours de l'année. Son mandat vise à :

- Assurer une vigie hebdomadaire de toutes les demandes d'aide médicale à mourir en cours.

### Faits saillants

#### ***Soins palliatifs et de fin de vie*** (comparaison de l'année 2022-2023)

- Hausse de 3,3 % du nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal et à l'hôpital Jean-Talon (777 personnes desservies en 2022-2023);
- Hausse de 3,0 % du nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à l'unité de soins palliatifs Gracia / Notre-Dame-de-la-Merci (231 personnes desservies en 2022-2023);
- Baisse de 6,1 % du nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile (876 personnes desservies en 2022-2023).

#### ***Aide médicale à mourir et sédation palliative continue***

- Baisse de 8,3 % du nombre de sédations palliatives continues administrées par rapport à l'année 2022-2023 : 33 sédations palliatives continues administrées en 2023-2024 comparativement à 36 en 2022-2023 et à 33 en 2021-2022;
- Baisse de 14,8 % du nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées par rapport à l'année 2022-2023 : 115 demandes d'aide médicale à mourir formulées en 2023-2024 comparativement à 135 en 2022-2023 et à 96 en 2021-2022;

- Baisse de 19,4 % du nombre d'aides médicales à mourir administrées par rapport à l'année 2022-2023 : 54 aides médicales à mourir administrées en 2023-2024 comparativement à 67 en 2022-2023 et à 50 en 2021-2022;
- Baisse de la proportion des aides médicales à mourir administrées sur le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées au cours des trois dernières années : 47,0 % en 2023-2024, 49,6 % en 2022-2023 et 52,1 % en 2021-2022.

### L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024)

Activité	Information	Total
<b>Soins palliatifs et de fin de vie</b>	Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et à l'hôpital Jean-Talon	803
	Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à l'unité de soins palliatifs Gracia / Notre-Dame-de-la-Merci <sup>1</sup>	238
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	823
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs	S/O
<b>Sédation palliative continue</b>	Nombre de sédations palliatives continues administrées <sup>2</sup>	33
<b>Aide médicale à mourir</b>	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	115
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées <sup>3</sup> (7 demandes d'aide médicale à mourir formulées en 2022-2023)	54
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées <sup>4</sup> (11 demandes d'aide médicale à mourir signées en 2023-2024 et toujours en cours pour 2024-2025)	68

(1) Depuis le 13 mars 2024, l'unité de soins palliatifs est déménagée à l'installation Notre-Dame-de-la-Merci (Pavillon Poissant). L'unité de soins palliatifs compte toujours 18 lits de gériatrie (mission centre hospitalier de soins généraux et spécialisés) au sein de l'installation Notre-Dame-de-la-Merci.

(2) Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Hôpital Jean-Talon : 18  
Unité de soins palliatifs Gracia / Notre-Dame-de-la-Merci : 12  
Domicile : 2  
Centre d'hébergement et de soins de longue durée : 1

(3) Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Hôpital Jean-Talon : 23  
Unité de soins palliatifs Gracia / Notre-Dame-de-la-Merci : 8  
Domicile : 22  
Centre d'hébergement et de soins de longue durée : 1

(4) Ne répond pas aux critères : 14  
Décédé : 11  
Devenu inapte en cours d'évaluation : 4  
Demande retirée pour une autre option thérapeutique : 24  
Transfert de groupe interdisciplinaire de soutien : 4  
Demande toujours en cours d'évaluation au 31 mars : 11

## 7. Les ressources humaines

Les données provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et portant sur la cible finale des heures rémunérées 2023-2024 ainsi que les résultats finaux étaient indisponibles au moment de la rédaction du rapport. Par conséquent, les tableaux qui s'y rattachent ne peuvent être intégrés au rapport à l'intérieur des délais impartis.

## 8. Les ressources financières

### L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme-service

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
<b>Programmes-services</b>						
Santé publique	31 495 279 \$	2,4	17 541 058 \$	1,3	(13 954 221) \$	-44,3
Services généraux, activités cliniques et d'aide	51 491 405 \$	4,0	61 177 052 \$	4,4	9 685 647 \$	18,8
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet hébergement	208 137 504 \$	16,1	217 845 882 \$	15,7	9 708 378 \$	4,7
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Soutien à domicile et autres	91 071 481 \$	7,0	116 627 449 \$	8,4	25 555 968 \$	28,1
Déficience physique	16 908 093 \$	1,3	19 718 729 \$	1,4	2 810 636 \$	16,6
Déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (TSA)	8 906 842 \$	0,7	9 893 099 \$	0,7	986 257 \$	11,1
Jeunes en difficulté	12 635 227 \$	1,0	13 356 096 \$	1,0	720 869 \$	5,7
Dépendances	820 047 \$	0,1	619 311 \$	0,0	(200 736) \$	-24,5
Santé mentale	98 107 114 \$	7,6	99 338 424 \$	7,1	1 231 310 \$	1,3
Santé physique	464 060 199 \$	35,8	472 187 450 \$	34,0	8 127 251 \$	1,8
<b>Programmes-soutien</b>						
Administration	103 765 520 \$	8,0	161 469 685 \$	11,6	57 704 165 \$	55,6
Soutien aux services	108 459 056 \$	8,4	106 753 311 \$	7,7	(1 705 745) \$	-1,6
Gestion des bâtiments et des équipements	100 200 697 \$	7,7	94 297 673 \$	6,8	(5 903 024) \$	-5,9
<b>Total</b>	<b>1 296 058 464 \$</b>	<b>100,0</b>	<b>1 390 825 220 \$</b>	<b>100,0</b>	<b>94 766 756 \$</b>	<b>7,3</b>

\* 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 antérieure.

Compte tenu de l'urgence sanitaire qui a pris fin le 1<sup>er</sup> juin 2022, la variation des dépenses de programmes inclut une baisse dans l'exercice 2023-2024 des dernières mesures de la pandémie s'étant terminé en 2022-2023. La diminution du programme santé publique est exclusivement causée par cet élément, les services de vaccination et de dépistage étant maintenant intégrés dans les points de services locaux dont les dépenses sont réparties dans plusieurs programmes de services et de soutien. L'augmentation globale des dépenses résulte principalement des ententes de principes pour les

conventions collectives et le renouvellement des conditions de travail des cadres et des hors cadres qui représentent 58,5 M\$, des mesures alternatives pour la prise en charge des usagers en fin de soins actifs en attente d'hébergement qui équivaut à 24 M\$, de l'impact additionnel de l'inflation sur plusieurs dépenses de nature non salariale d'une valeur de plus de 5 M\$, ainsi que des développements de services consentis par le MSSS pour l'exercice financier. Pour plus d'information sur les ressources financières, le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet du CIUSSS ([www.ciuSSSnordmtl.ca](http://www.ciuSSSnordmtl.ca)).

## L'équilibre budgétaire

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

Selon les résultats présentés à la page 200-00 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2024, l'établissement présente un résultat déficitaire (exploitation et immobilisations) de 10 801 097 \$ et par conséquent n'a pas respecté cette obligation légale. Ce résultat se décline de la façon suivante :

- Le résultat des opérations du fonds d'exploitation présente un déficit de 10 320 060 \$.
- Le résultat des opérations du fonds d'immobilisations présente un déficit de 481 037 \$ lequel est causé par la désynchronisation entre l'utilisation des sommes transférées du fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations des années antérieures et la dépense d'amortissement de ces mêmes sommes.

Le déficit d'exploitation est principalement causé par l'important recours à la main-d'œuvre indépendante, notamment pour la mise en place de mesures permettant d'améliorer la fluidité des services hospitaliers. En réponse à la recommandation du Ministère, le CIUSSS a déployé des mesures alternatives pour la prise en charge des usagers en fin de soins actifs qui sont en attente d'hébergement permettant de dégager une meilleure capacité hospitalière. Le CIUSSS a donc intensifié les services pour assurer la prise en charge de cette clientèle par des mesures de soutien à domicile d'assistance 24/7. Cependant, le financement ministériel n'a pas été à la hauteur des mesures déployées.

L'augmentation de l'indice des prix à la consommation (IPC) au-delà des indexations annuelles et du soutien ponctuel consenti par le MSSS a également un impact non négligeable sur les dépenses de l'organisation.

Ayant à cœur de rétablir l'équilibre budgétaire, l'organisation poursuit ses démarches d'optimisation et intensifie les efforts de recrutement et de rétention des employés afin de s'affranchir du recours à la main-d'œuvre indépendante et réduire le temps supplémentaire. Le CIUSSS poursuit également ses démarches avec les instances ministérielles afin de trouver des solutions pérennes quant au financement de certains dossiers.

## Les contrats de service

### Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2023 et le 31 mars 2024

Type de contrats de service	Nombre	Valeur
Contrats de service conclus avec une personne physique <sup>1</sup>	6	341 255 \$
Contrats de service conclus avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	310	345 016 893 \$
<b>Total</b>	<b>316</b>	<b>345 358 148 \$</b>

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

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

## 9. Les ressources technologiques et informationnelles

La dernière année se caractérise grandement par des travaux préparatoires au déploiement du Dossier santé numérique (DSN). Ce projet d'envergure, visant la transformation numérique, nécessite une attention particulière de la part de la direction des ressources technologiques et informationnelles (DRTI). En effet, de nombreuses initiatives ont démarré à travers les divers services de cette direction dans le but de mieux définir le niveau technologique du CIUSSS NIM et d'étudier les prérequis au déploiement de cette solution innovante.

Ainsi, de nombreux projets informatiques préalables au DSN ont été priorisés, démarrés et finalisés. À titre d'exemple, le CIUSSS NIM a été en mesure de fusionner le système d'information du département de la pharmacie (GespharX) de trois centres hospitaliers et d'unifier les cabinets à médicaments afin de centraliser leur gestion en mode multisite.

De plus, grâce à un travail collaboratif exemplaire avec diverses parties prenantes du réseau de la santé, nous avons été en mesure de rehausser le dossier clinique informatisé (Oacis) et d'y intégrer les dossiers de la majorité des services cliniques du CIUSSS NIM. Nous avons également mené à terme les travaux préparatoires au rehaussement et à la fusion du système d'information des blocs opératoires (Opera), ainsi que le déploiement d'outils spécialisés pour les soins à domicile (AlayaCare) et la prévention des infections (Nosokos).

Aussi, à travers un grand chantier d'unification des trajectoires de soins au sein de nos installations, nous avons contribué à harmoniser la gestion des rendez-vous dans un seul système en y intégrant également la gestion de la pédopsychiatrie, afin d'éliminer le dédoublement de plusieurs systèmes et de simplifier le travail des intervenants.

En plus des nombreux travaux visant l'amélioration de la fluidité clinique, des centaines de serveurs ont été mis à jour par nos équipes dévouées pour assurer la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité des données dans nos systèmes d'information. Certaines directions de soutien, comme le service des affaires juridiques et la Direction des ressources humaines et enseignement, ont pu aussi bénéficier du soutien de la DRTI, notamment dans l'acquisition et l'implantation d'un logiciel qui optimisera leur travail. De nombreuses améliorations ont été faites pour automatiser des tâches administratives, comme la gestion d'accès à des rapports, des formations et des groupes de sécurité.

Pour finir, nous avons obtenu un mandat provincial d'évolution et d'accompagnement à l'implantation de l'application « Centre d'investigation en oncologie (CIO) », démontrant le dévouement de nos équipes à aider la population du Québec à obtenir des soins de qualité et dans les meilleurs délais. Nous sommes fiers d'annoncer que cette application a été déployée au CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et qu'elle est en cours de déploiement au CISSS de la Gaspésie et au CISSS des Îles. Nous espérons poursuivre son déploiement dans d'autres CISSS et CIUSSS d'ici 2024-2025.

Force est de constater que la DRTI gère plusieurs projets à grand déploiement et que l'accès à un outil de gestion de projet est essentiel. Par conséquent, des investissements financiers et humains ont été faits dans la dernière année pour le déploiement d'une application organisationnelle de gestion de projets (Orchestra) qui permettra à la DRTI d'assurer un contrôle optimal de ses projets.

## En télésanté

En 2023-2024, la télésanté a été marquée par les projets provinciaux.

Une tournée promotionnelle dans les groupes de médecine de famille (GMF) du territoire du CIUSSS NIM a été organisée pour informer les médecins omnipraticiens du déploiement de la Plateforme de soins virtuels (PSV) pour la télédermatologie. Cette dernière permet aux omnipraticiens et aux patients d'avoir recours à une consultation en dermatologie à distance. Grâce à la PSV, les patients obtiennent un rapport de consultation et des recommandations de traitement, dans un délai moyen de sept jours.

Du côté du Programme Québécois pour les Troubles Mentaux (PQPTM), la PSV a aussi été déployée dans les services sociaux généraux du CIUSSS NIM. Elle permet l'envoi en ligne des formulaires des suivis des symptômes de dépression et d'anxiété au patient. Ainsi, les usagers utilisant la plateforme sont mieux préparés à leur rencontre avec leur intervenant, ce qui améliore la fluidité et la qualité des services reçus. De plus, l'intervenant est en mesure d'évaluer à distance la détérioration des symptômes et d'agir plus rapidement.

Pour la clientèle souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), les suivis virtuels en milieu de vie (SVMV) sont aussi en déploiement du côté de la clientèle du programme *Respir* de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. La plateforme permet de suivre à distance les symptômes des patients et de détecter suffisamment tôt une aggravation de leurs symptômes respiratoires, de les diriger rapidement à leur pneumologue si leur état se détériore afin de leur éviter de se rendre à l'urgence et de vivre une hospitalisation.

Par ailleurs, l'équipe télésanté travaille de concert avec les directions cliniques pour recenser les besoins terrain afin de pouvoir déployer de nouveaux projets en télésanté au CIUSSS NIM, de façon continue. Par l'entremise d'un comité tactique et d'un nouveau comité télépratique, qui est actuellement en développement, les travaux de télésanté prennent leur essor. Un plan d'action a également été établi en vue de la prochaine visite d'Agrément Canada prévue pour novembre 2024, qui inclut la mise sur pied d'un cadre de référence en télésanté.

## En génie biomédical

La capacité des équipes en génie biomédical à faire bon usage de ses enveloppes budgétaires d'immobilisation demeure excellente. Le CIUSSS NIM maintient sa position comme étant un des établissements de santé les plus performants du Québec dans l'utilisation des fonds réservés au maintien d'actifs pour les équipements médicaux. Les professionnels et les techniciens en génie biomédical ont réussi à déployer plus de 550 nouveaux équipements médicaux à travers le CIUSSS NIM, tout en maintenant les opérations régulières d'entretien d'équipements médicaux, ainsi qu'un budget d'exploitation équilibré. Parmi ces nombreux déploiements, nous comptons plus de 35 cabinets automatisés à médicaments, un robot chirurgical à la fine pointe de la technologie, deux cœurs-poumons artificiels, ainsi que deux salles de cardiologie interventionnelle en hémodynamie et électrophysiologie.

## **10. État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant**

La page 140 de « l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulées par l'auditeur indépendant » n'est plus requise. Par conséquent, le tableau qui s'y rattache n'est pas présenté dans ce rapport.

## **11. La divulgation des actes répréhensibles**

### **Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics**

Aucune divulgation n'a été recensée durant la période visée se terminant au 31 mars 2024.



## **Annexe 1**

### **Code d'éthique et de déontologie des administrateurs**

En vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre m-30)

Adopté par le conseil d'administration le 29 mars 2016

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE .....	3
SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	4
SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE .....	7
SECTION 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS .....	10
SECTION 4 — APPLICATION .....	12
ANNEXES .....	16
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général	
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	

## **PRÉAMBULE**

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

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

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévues 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 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, tel que recommandé par le comité de gouvernance et d'éthique au conseil d'administration pour adoption.

**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<sup>1</sup>.

**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 assujéti 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.

---

<sup>1</sup>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.

### 8. Règles de déontologie

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

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

#### 8.1 Disponibilité et compétence

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

## **8.2 Respect et loyauté**

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

## **8.3 Impartialité**

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

## **8.4 Transparence**

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations jugées 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 à l'exception de leur participation aux comités de sélection des cadres supérieurs.
- 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 se croyant être en conflit direct ou indirect doit le dénoncer par écrit 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 nul, 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 est soigné au sein de l'établissement ou 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 trente (30) 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 trente 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) proposer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à 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 moins aux trois (3) ans, 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 est composé des membres du conseil d'administration, à l'exclusion des membres du comité de gouvernance et d'éthique. Le comité *ad hoc* peut s'adjoindre, s'il le juge nécessaire et après autorisation du conseil d'administration, 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 disciplinaire, 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 une violation 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 rigueur et prudence.

**19.6** Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen *ad hoc*, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par

le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **20. Notion d'indépendance**

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

## **21. Obligations en fin du mandat**

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

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

# ANNEXES

## Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné (e), \_\_\_\_\_, membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-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 23 mars 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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

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, je m'engage à m'y conformer.**

\_\_\_\_\_

**Lieu : Montréal**

**Date : [aaaa-mm-jj]**

**Signature du membre :**

\_\_\_\_\_

**Nom du commissaire à l'assermentation**

\_\_\_\_\_

**Signature**

\_\_\_\_\_

## Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance AVIS SIGNÉ

Je, soussigné (e), \_\_\_\_\_ [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 Centre intégré universitaire de  
santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal due aux faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date** [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
**Montréal**

**Lieu**

## Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées],  
membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
du Nord-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :

### 1. Intérêts pécuniaires

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

Δ 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

Δ 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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Δ 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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. [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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

### 4. Autre(s) situation(s)

J'indique ci-dessous une (des) situation(s) non mentionné(e)(s) ci-dessus qui devrai(en)t être déclarée(s) :

---

---

---

---

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal et à m'y conformer.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

Montréal  
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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :

### 1. Intérêts pécuniaires

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

Δ 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

Δ 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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Δ 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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. [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).

### 4. Autre(s) situation(s)

J'indique ci-dessous une (des) situation(s) non mentionné(e)(s) ci-dessus qui devrai(en)t être déclarée(s) :

---

---

---

---

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal et à m'y conformer.

\_\_\_\_\_  
Signature Date [aaaa-mm-jj] Montréal  
Lieu

## Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné (e), \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal déclare par la présente :

- ne pas être en conflit d'intérêts
- croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

Montréal  
**Lieu**

## Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

Je, soussigné (e), \_\_\_\_\_ 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]**

Montréal  
**Lieu**

## Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné (e), \_\_\_\_\_, 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, membre du comité d'examen ad hoc.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

Montréal  
**Lieu**



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

**Québec** 