

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2019-2020

30 septembre 2020

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'île-de-Montréal*

Québec 



Le rapport annuel de gestion 2019-2020 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) a été réalisé par la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

Il est disponible à la section Publications du site <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca>

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec : 978-2-550-87083-8 (imprimé)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec : 978-2-550-87084-5 (PDF)

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2020

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DES AUTORITÉS	1
DÉCLARATION DE FIABILITÉ	4
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	5
Mission et services offerts.....	5
Mission	5
Vision	5
Valeurs	6
Soins et services	6
Désignation CAU ou institut.....	7
Désignation Institut universitaire en santé mentale	7
Institut universitaire en hématologie-oncologie et en thérapie cellulaire	7
Désignation Centre affilié universitaire	8
Structure de l'organisation	9
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES	10
Le conseil d'administration	10
Principales activités.....	10
Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration	11
Liste des conseils, comités et instances	11
Comité de gouvernance et d'éthique	11
Comité de vérification.....	13
Comité des ressources humaines et des communications.....	17
Comité des affaires universitaires.....	20
Comité d'éthique en recherche	22
Conseil multidisciplinaire.....	24
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	28
Conseil des infirmières et infirmiers	31
Comité des usagers du centre intégré	33
ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	35
Les directions cliniques	35
Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées.....	35
Direction des programmes de déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique	38
Direction des programmes en santé mentale, dépendance et itinérance	40
Direction du programme jeunesse et activités de santé publique	45
Direction des services multidisciplinaires.....	50
Direction des services professionnels.....	54
Direction des soins infirmiers	65

Les directions administratives	72
Direction de la logistique	72
Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique.....	73
Direction des projets immobiliers majeurs	75
Direction des ressources financières	77
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	78
Direction des ressources technologiques	82
Direction des services techniques	83
Direction de la recherche	86
Direction de l'enseignement universitaire	92
Résultats : entente de gestion et d'imputabilité	92
Résultats au regard des engagements du chapitre III de l'EGI 2019-2020.....	95
Résultats au regard des engagements du chapitre IV de l'EGI 2019-2020	100
Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....	114
La démarche d'amélioration continue de la qualité - agrément.....	114
La sécurité des soins et services	114
Comité de vigilance et de la qualité	119
Comité de gestion des risques.....	123
Personnes mises sous garde.....	125
L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	127
Application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	128
LES RESSOURCES HUMAINES.....	133
LES RESSOURCES FINANCIÈRES	135
Équilibre budgétaire	135
Contrats de service.....	135
Répartition des dépenses des activités principales par programmes-services	136
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	137
DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES REÇUES ET TRAITÉES AU CIUSSS-EMTL.....	140
ANNEXE 1 – CODE DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	141

MESSAGE DES AUTORITÉS

Le présent rapport annuel de gestion 2019-2020 met en lumière le travail colossal accompli par l'ensemble des acteurs de l'organisation dont les objectifs demeurent les mêmes, soit d'assurer des soins et services de qualité, accessibles et sécuritaires à la population de l'Est de la Métropole et de développer ses axes d'excellence, au profit de la santé et du mieux-être de tous les Québécois nécessitant des soins et services spécialisés.

Cette année, l'organisation s'est dotée d'objectifs stratégiques qui répondent aux attentes du Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ainsi qu'à celles inscrites à l'entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020.

Un de ces grands objectifs a été de poursuivre le développement des services de proximité en réponse aux besoins de la population. La bonification du service de sage-femme par l'accueil de stagiaires en cours de formation universitaire et d'importants avancements en vue de l'ouverture de la nouvelle Maison des naissances s'inscrivent directement dans l'atteinte de cet objectif. L'optimisation de la trajectoire des patients MPOC aura également un impact certain sur l'accessibilité et l'adaptation des soins et services. L'offre de service en soins palliatifs a été consolidée grâce au partenariat communautaire et à l'aide médicale à mourir. Finalement, les efforts déployés pour améliorer le référencement des patients P4 et P5 vers les cliniques d'hiver ont permis de surpasser la cible ministérielle à cet effet.

L'établissement a également entamé le chantier de la transformation des programmes en santé mentale. Le plan d'action des programmes de santé mentale, de la pédopsychiatrie et de la gérontopsychiatrie a débuté son déploiement. Notre Institut universitaire en santé mentale s'est doté d'une unité de psychiatrie légale et nous y avons concentré l'ensemble des unités psychiatrique de l'établissement, de manière à ce que les usagers bénéficient de la grande expertise des équipes qui y œuvrent. La relance de la mission universitaire liée à la désignation d'institut en santé mentale est sur la bonne voie. D'ailleurs, nos experts de l'Institut ont réitéré leur souhait de contribuer au mieux-être de l'ensemble des Québécois à l'occasion du dépôt au ministère de la Santé et des Services sociaux d'un projet partenarial pour l'élaboration et le déploiement d'une stratégie numérique nationale en santé mentale. Déjà, l'année qui se termine a été l'occasion pour ceux-ci de lancer de nouveaux outils numériques pour la prévention, l'intervention, l'autosoins et la réadaptation de personnes aux prises avec un problème de santé mentale.

Des solutions novatrices ont permis d'améliorer le cheminement intrahospitalier des usagers. Parmi ceux-ci figurent l'instauration d'équipes de planification précoce et conjointe des congés à l'urgence et sur les unités de soins et l'élaboration d'un plan d'action et pour réduire les temps d'attente des chirurgies de six mois par l'inclusion de nouvelles technologies et de pratiques novatrices. Le tout, en prenant soin de veiller à la sécurité des patients, tel qu'en fait foi la diminution des taux d'infections nosocomiales à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC) et *C. difficile*.

Afin d'offrir des soins et services à la hauteur des attentes de la population de l'Est le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) a déposé au Ministère le plan clinique du futur hôpital voué à remplacer l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont dont l'inadaptation et la vétusté causent son lot de problématiques. Il en va de même du projet de reconstruction de trois installations du parc des CHSLD de l'Est qui ont atteint leur durée de vie. Et puisque le mieux-être des gens d'ici passe également par la revitalisation du territoire, l'organisation a été heureuse de concrétiser une vaste mobilisation des acteurs autour du projet de zone d'innovation santé, projet dont le dépôt au ministère de l'Économie et de l'Innovation a été reporté compte tenu de la crise sanitaire de la COVID-19.

Cette année encore, le CIUSSS-EMTL s'est distingué à titre d'établissement proche de ses usagers et partenaires, qui multiplie les moyens d'offrir une information accessible à tous. Un tout nouveau site Internet qui s'adresse directement à la population du territoire et facilite l'accès à toute l'information requise sur l'accès aux soins et services a été mis en ligne. Aussi, afin d'améliorer la fluidité de l'information bidirectionnelle, l'organisation a maintenant sa page Facebook sur laquelle elle interagit avec les usagers et la population. Des conférences d'intérêt public y sont également diffusées ainsi que divers messages à la population.

C'est dans cette même foulée que la Direction générale a entamé une tournée de l'ensemble des tables de quartiers afin de mobiliser les partenaires du milieu communautaire. De plus, elle participe activement aux travaux de l'Alliance de l'Est qui réunit les partenaires économiques mobilisés pour la relance du territoire.

Soucieux de préserver et promouvoir le caractère distinct de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale et de maximiser son important apport au continuum de soins et services de l'Est de la Métropole, une vaste consultation des principaux intervenants a été réalisée et s'est soldée par le dépôt d'un rapport sur la vision et le positionnement clinique de cette installation. La réalisation de la tournée de la Direction générale dans les CHSLD est un autre exemple de l'importance accordée à la consultation des usagers et des membres de nos équipes.

À l'automne 2019-2020, le CIUSSS a relevé avec brio les exigences d'Agrément Canada. Le volet Santé publique de l'organisation a obtenu un excellent résultat de 99,1% de conformité pour l'ensemble des critères à priorité élevée et autres critères. La gouvernance, le leadership, la gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables se sont vus attribuer un taux de conformité de 96,4 % pour l'ensemble des critères à priorité élevée et autres critères. Finalement l'excellence des programmes jeunesse et programmes santé mentale et dépendance a également été reconnue par l'équipe visiteuse (taux de conformité de 98,1%) qui a tenu à souligner la rigueur et l'innovation des équipes et leur interdisciplinarité.

L'innovation a d'ailleurs été au cœur de la campagne de notoriété déployée en 2019-2020 pour mettre à l'honneur les quatre axes d'excellence du CIUSSS. Ceux-ci seront maintenant appuyés dans leur développement par la nouvelle Direction de la mission universitaire et de l'enseignement qui saura optimiser le potentiel incroyable des équipes d'ici. Des équipes dont la renommée rayonne maintenant tant aux niveaux national qu'international. Cette reconnaissance de l'excellence a notamment été à la base de l'obtention de la désignation de Centre universitaire en hématologie et thérapie cellulaire par le Gouvernement du Québec à l'automne dernier.

Malgré les nombreux défis inhérents à l'offre de soins et services de haute qualité à une population croissante à même des installations qui, pour plusieurs, ont atteint leur durée de vie, conjugué à l'augmentation importante des coûts reliés aux soins et services surspécialisés, le CIUSSS-EMTL respecte la cible budgétaire de 13 M\$ prévue à la deuxième année du plan triennal d'équilibre budgétaire. La précarité de la situation a toutefois motivé l'identification d'un objectif stratégique annuel spécifique à cette question, soit *Optimiser la performance clinique et financière*, dont découlent une amélioration de la performance des secteurs d'activités jeunesse et SAPA et le déploiement du portefeuille de projets sur la pertinence clinique.

Nous ne pouvons conclure sans de sincères remerciements au personnel, aux médecins, aux chercheurs, aux sages-femmes, aux bénévoles, à l'équipe de direction et aux administrateurs pour le travail remarquable accompli année après année. Ces derniers s'investissent sans compter auprès des enfants, des adolescents, des adultes et des aînés de notre collectivité. Ils sont sans contredit la pierre angulaire de cette belle et grande organisation qu'est le CIUSSS-EMTL et ils méritent toute notre admiration. Leur dévouement habituel s'est montré sans borne lors de la crise sanitaire de la COVID-19 qui a émergé en toute fin d'année. Leur professionnalisme, leur sens du devoir et leur solidarité ont marqué leurs actions, et ce, dès le jour 1 de la pandémie. Nous ne pouvons qu'en être extrêmement fiers.



Sylvain Lemieux
Président-directeur général



Pierre Shedleur
Président du conseil d'administration

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2019-2020 du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.

A handwritten signature in blue ink, reading "Sylvain Lemieux".

Sylvain Lemieux
Président-directeur général

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) compte 42 points de services.

Il exploite les missions suivantes :

- CLSC;
- centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;
- centre hospitalier de soins psychiatriques (mission régionale);
- centre d'hébergement de soins de longue durée.

Sur son territoire, le CIUSSS exploite 1 241 lits de courte durée en santé physique et santé mentale, 2 428 lits d'hébergement de longue durée, 462 places en ressources institutionnelles (RI) pour les personnes âgées.

Le CIUSSS exploite également 2 073 places d'hébergement en santé mentale sur le territoire de l'île de Montréal.

En première ligne, on trouve sur le territoire du CIUSSS 65 cliniques médicales, dont plusieurs GMF et super-cliniques.

Mission et services offerts

Mission

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CIUSSS :

- 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, incluant 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, 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.).

Vision

« Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des québécois ».

COMITÉ DE DIRECTION EN DATE DU 31 MARS 2020

- M. Pierre Beaudet, directeur de la Logistique
- M. Marc Bélisle, directeur des Ressources technologiques
- M. Alain Bonnardeaux, directeur de l'Enseignement universitaire
- M. Jonathan Brière, directeur des Programmes de santé mentale, dépendance et itinérance
- M. Éric Champagne, directeur des Ressources financières
- M. Ghyslain Chassé, directeur des Services techniques
- Mme Nathalie Chauvin, directrice des Projets immobiliers majeurs
- M. Christophe Cadoz, directeur général adjoint, programmes sociaux et réadaptation
- M. Jean-François Fortin Verreault, président-directeur général adjoint
- Mme Karine Girard, directrice de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique
- M. Sylvain Lemieux, président-directeur général
- Dre Martine Leblanc, directrice générale adjointe et directrice des Services professionnels
- Mme Isabelle Portelance, directrice des Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
- Mme Julie Provencher, directrice du Programme jeunesse et des Activités de santé publique
- Mme Sylvia Provost, directrice des Ressources humaines, des Communications et des Affaires juridiques
- M. Claude Riendeau, directeur du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
- Dr Denis-Claude Roy, directeur de la Recherche
- Mme Lina Spagnuolo, directrice des soins infirmiers par intérim
- Mme Caroline St-Denis, directrice des Services multidisciplinaires

Valeurs

Les valeurs organisationnelles sont les convictions qui orientent l'action d'une organisation, les principes qui constituent la culture et qui modèlent les attitudes et les comportements. Voici les cinq valeurs qui représentent le CIUSSS :

- Collaboration
- Communication
- Qualité des soins et services
- Professionnalisme
- Respect

Soins et services

Soins et services de première ligne

En première ligne, on offre à la population du territoire des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, soit :

- **Dans les installations des territoires de Lucille-Teasdale, de la Pointe-de-l'Île et de Saint-Léonard-Saint-Michel :**
 - services aux adultes;
 - services aux enfants, aux jeunes, aux parents et aux familles;
 - services aux aînés, aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes avec des maladies chroniques.
- **Dans les centres d'hébergement :**
 - services médicaux et pharmaceutiques personnalisés;
 - soins infirmiers et d'assistance en permanence;
 - services d'alimentation;
 - services de loisirs;
 - services de soins spirituels;
 - services de bénévoles;
 - services de caisse des résidents;
 - service d'entretien des vêtements;
 - services d'entretien sanitaires;
 - services de sécurité;
 - autres services de professionnels de la santé.

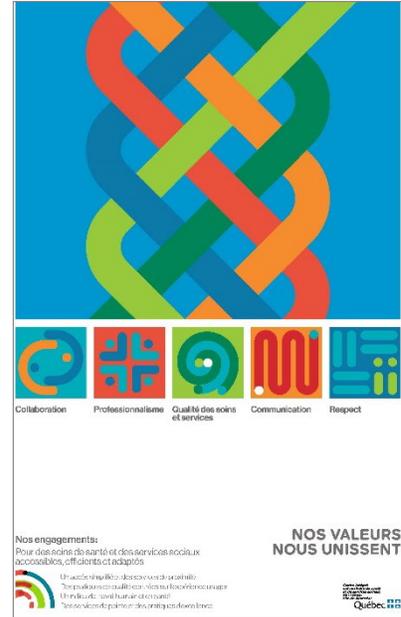
Soins et services en milieu hospitalier

Des soins et services qui répondent aux besoins de l'ensemble de la population de l'est de l'île de Montréal sont offerts en milieu hospitalier.

Des soins spécialisés et ultraspecialisés, particulièrement en hématologie, en oncologie médicale et chirurgicale, en néphrologie et greffe rénale, ainsi qu'en ophtalmologie, et ce, autant au plan régional que suprarégional y sont également offerts.

Soins et services en milieu institutionnel

Des services spécialisés et surspecialisés en psychiatrie, grâce à un dispositif varié et innovateur de services de traitement, de réadaptation et de réhabilitation qui répond aux besoins multiples de cette clientèle sont offerts en milieu institutionnel.



Volet universitaire

Le CIUSSS participe à l'enseignement pré et postdoctoral des étudiants de la Faculté de médecine, principalement de l'Université de Montréal et d'autres facultés, programmes et écoles dont les suivants : audiologie, communication, ergothérapie, génie biomédical, kinésiologie, médecine dentaire, nutrition, optométrie, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychoéducation, psychologie, sage-femme, sciences infirmières, travail social.

Volet recherche

Le CIUSSS regroupe deux centres de recherche, celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Ils s'investissent dans des activités de recherche fondamentale, translationnelle et clinique.

Désignation CAU ou institut

Les articles 88 à 91 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) prévoient que des établissements du réseau peuvent être désignés «institut universitaire» ou «centre affilié universitaire» s'ils satisfont aux critères établis à cette fin.

En ce sens, deux établissements du CIUSSS ont été désignés, soit l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), centre affilié universitaire.

Désignation Institut universitaire de santé mentale

Dans le CIUSSS, la Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance assure le leadership inhérent au maintien de la mission Institut universitaire de santé mentale et de réadaptation.

Concrètement, cela se traduit par un travail de partenariat avec l'ensemble des directions concernées pour l'intégration des cinq axes de cette mission :

- services cliniques;
- enseignement;
- recherche;
- évaluation des modes d'intervention;
- transfert et application des connaissances.

Cette mission s'accompagne d'obligations de **qualité de services** et d'**innovation**.

Dans les cinq premières années de sa désignation, le développement et la concrétisation de cette mission Institut universitaire ont été rendus possibles, entre autres, grâce au partenariat avec d'autres établissements, dont le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, l'Institut de cardiologie de Montréal, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal et l'Université de Montréal.

Institut universitaire en hématologie-oncologie et en thérapie cellulaire

Le 21 octobre 2019, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) s'est vu accorder, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, la désignation d'Institut universitaire en hématologie-oncologie et en thérapie cellulaire (IUHOTC). À cette désignation s'ajoute le leadership du Réseau québécois de thérapie immunocellulaire.

Cette importante désignation est accordée en reconnaissance de l'expertise de pointe en soins, en enseignement et en recherche, développée depuis plus de 40 ans par les cliniciens et chercheurs en hématologie et oncologie de l'HMR. L'IUHOTC permettra notamment d'optimiser le développement et la consolidation de la thérapie cellulaire, dont la thérapie immunocellulaire. Elle contribuera également à soutenir le développement d'une expertise reconnue, tant au Canada qu'à l'international, pour les soins spécialisés aux patients, l'enseignement supérieur, la

recherche clinique, la recherche fondamentale et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Désignation Centre affilié universitaire (CAU)

Affilié à l'Université de Montréal depuis 1997, l'HMR est un lieu de savoir et d'innovation en matière d'enseignement. En effet, l'HMR participe à l'enseignement pré et postdoctoral des étudiants de la Faculté de médecine, principalement de l'Université de Montréal, et d'autres facultés de sciences. Il forme chaque année les médecins, infirmières et professionnels de la santé qui assureront la relève de demain.

L'HMR est également un haut lieu d'innovation en recherche. En effet, les équipes mènent de nombreuses recherches scientifiques et médicales pour développer de nouveaux traitements et remèdes, donnant ainsi espoir aux personnes atteintes de maladies aujourd'hui incurables.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES AU 31 MARS 2020

Conseil d'administration (C.A.)

- M. Pierre Shedleur, membre indépendant, président du C.A.
- M^e Antonino Sciascia, membre indépendant, vice-président du C.A.
- M. Sylvain Lemieux, président-directeur général, secrétaire du C.A.

Membres indépendants

- Mme Rita Cavaliere, présidente du comité de vigilance et de la qualité
- M^e Anne Côté, présidente du comité de gouvernance et d'éthique
- M^e Consolato Gattuso, président du comité de vérification
- Mme Mariette Lemieux-Lanthier, présidente du comité des ressources humaines et des communications
- Mme Hélène Manseau, présidente du comité de révision
- Mme Djamila Benabdelkader
- M. Pierre Poulin
- Mme Camille Thibodeau

Membres désignés par l'Université de Montréal

- Mme Francine Ducharme, représentante de l'Université, coprésidente du comité des affaires universitaires
- Mme Lyne Lalonde, représentante de l'Université, coprésidente du comité des affaires universitaires

Membres élus

- M. Daniel Beauregard, membre désigné, conseil des infirmières et infirmiers
- M. Jude Goulet, membre désigné, Comité régional sur les services pharmaceutiques
- D^r J. André Luyet, membre désigné, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Mme Émilie Mercier, membre désignée, conseil multidisciplinaire
- M. Ewa Michalkiewicz, membre désigné, comité des usagers
- D^r François-Yves Prévost, membre désigné, Département régional de médecine générale
- M. Pierre Nelis, membre observateur désigné par les présidents des fondations

Principales activités

En 2019-2020, le conseil d'administration (C.A.) a tenu six assemblées publiques.

Outre le suivi des dossiers et les recommandations des différents comités du C.A., divers sujets ont été traités dont les suivants :

- l'accueil des nouveaux membres et la formation des administrateurs;
- le nouveau cycle d'Agrément Canada/le processus d'agrément en continu;
- le projet de modernisation du CIUSSS-EMTL;
- les ressources humaines du CIUSSS-EMTL;
- le centre de dialyse;
- le portrait des ressources d'hébergement dans la communauté;
- le Programme jeunesse;
- le tableau de bord du conseil d'administration;
- le coût par parcours de soins et services;
- la planification stratégique du MSSS 2019-2023;
- la nomination d'un membre au comité consultatif du CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska;
- la mise en place d'un comité sur le projet de modernisation du CIUSSS-EMTL;

- la désignation toponymique – Centre de dialyse Raymond-Barcelo;
- la désignation toponymique – Pavillon Claudine-D'Amours;
- la nomination d'un directeur adjoint – volet opérations à la Direction des services multidisciplinaires;
- la nomination d'un directeur des projets immobiliers majeurs;
- la nomination d'un commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services;
- la nomination d'un directeur adjoint planification et performance financière;
- la nomination d'un directeur adjoint main-d'œuvre et relations de travail;
- la nomination d'un directeur adjoint des opérations financières;
- la nomination d'un directeur adjoint hôtellerie, sécurité et mesures d'urgence;
- la nomination d'une directrice générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et directrice des services professionnels;
- la nomination d'un directeur général adjoint aux programmes sociaux;
- la nomination d'un directeur adjoint volets technique, immobilier, technologique et logistique;
- la nomination d'un directeur adjoint médical – volet projets cliniques en milieu communautaire;
- la nomination d'une directrice adjointe du bureau de la mission universitaire de santé mentale, de l'innovation et des programmes surspécialisés;
- la nomination d'une directrice adjointe pratiques professionnelles et excellence en soins infirmiers;
- la nomination d'une directrice adjointe programme services Portail et hébergement en santé mentale;
- la nomination d'une directrice Qualité, Évaluation, Performance et Éthique;
- la nomination d'un directeur adjoint gestion des systèmes d'information;
- la nomination d'un directeur adjoint planification, performance et intelligence d'affaires;
- la nomination d'un directeur adjoint logistique et approvisionnement.

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

Au cours de l'année 2019-2020, aucun manquement n'a été constaté au code d'éthique et de déontologie des membres du C.A.

Le code d'éthique et de déontologie, mis à jour en cours d'année, se trouve à l'annexe 1 de ce rapport annuel de gestion. Il est également accessible via notre site Web à <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/a-propos/comites-et-conseils/conseil-administration>.

Le CIUSSS est également doté d'un code d'éthique qui formalise l'engagement de toutes les personnes de l'organisation à partager des valeurs communes et à les concrétiser au quotidien. Il est disponible via notre site Web à <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/documentation/code-dethique>.

Liste des conseils, comités et instances

Comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ)

- M^e Anne Côté, membre indépendante, présidente du comité
- M. Sylvain Lemieux, président-directeur général
- Mme Mariette L. Lanthier, membre indépendante
- Mme Hélène Manseau, membre indépendante
- M^e Antonio Sciascia, membre indépendant

Invités permanents

- Me Sarah-Anne Savoie, avocate, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
- M. Pierre Shedleur, président du C.A.

Mandat du comité de gouvernance et d'éthique

Le comité a pour fonctions d'élaborer :

- des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration;
- des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du C.A., avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- des critères pour l'évaluation du fonctionnement du C.A.;
- un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du C.A.

Le comité procède à l'évaluation du fonctionnement du C.A. conformément aux critères approuvés par le conseil (art. 181.0.0.1 de la LSSSS).

Mandat ou objectifs spécifiques au cours de l'année 2019-2020

Pour l'année 2019-2020, les membres du comité de gouvernance et d'éthique ont porté une attention particulière aux dossiers suivants :

- suivi du plan d'amélioration continue de la qualité des normes de gouvernance d'Agrément Canada;
- révision des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- identification d'indicateurs de gouvernance à insérer au tableau de bord du C.A.

Bilan des activités

Au cours de l'année 2019-2020, le comité de gouvernance et d'éthique a siégé à six reprises.

Voici les suivis réguliers du comité de gouvernance et d'éthique :

- nomination des membres du C.A. dont les postes sont vacants;
- nomination annuelle des membres des comités du C.A.;
- évaluation annuelle du fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique;
- plan annuel de travail du comité.

Le suivi auprès du C.A. de ses propres recommandations : le suivi des recommandations du CGÉ se trouve à l'ordre du jour des rencontres du C.A. de manière statutaire. Un rapport des points saillants du comité est déposé à chaque séance du C.A.

Recommandations émises au C.A. par le comité de gouvernance et d'éthique au cours de l'année 2019-2020

Pour l'année 2019-2020, le comité de gouvernance et d'éthique a transmis au C.A. les recommandations suivantes qui ont été adoptées :

- mise en place d'un Comité sur le projet de modernisation du CIUSSS-EMTL;
- mise à jour du *Plan d'amélioration continue de la qualité des normes de gouvernance*;
- tableau de bord du C.A.;
- rapport annuel du comité de gouvernance et d'éthique 2018-2019;
- recommandation relative à une enquête du Directeur général des élections du Québec;
- révision des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;

- plan d'organisation du CIUSSS-EMTL – structure administrative;
- nomination d'un membre et président intérimaire du comité de gouvernance et d'éthique;
- nomination d'un président intérimaire du comité de vigilance et de la qualité;
- nomination du représentant du CMDP au C.A.;
- révision de l'annexe III du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

Comité de vérification

- Me Consolato Gattuso, président du comité, membre du conseil d'administration
- Mme Mariette L. Lanthier, membre indépendante
- Me Anne Côté, membre indépendante (jusqu'au 12 décembre 2019)
- Me Antonio Sciascia, membre indépendant
- M. Pierre Poulin, membre indépendant

Invités permanents

- M. Pierre Shedleur, président du conseil d'administration
- M. Sylvain Lemieux, président-directeur général
- M. Jean-François Fortin-Verreault, président-directeur général adjoint
- M. Éric Champagne, directeur des ressources financières
- M. Jean Lepage, adjoint au président-directeur général (jusqu'au 10 juillet 2019)
- Mme Tu-Trân Luong, adjointe au président-directeur général (depuis le 10 septembre 2019)

Mandat du comité de vérification

Le comité de vérification doit notamment :

- s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
- s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le C.A.;
- recommander au C.A. l'approbation des états financiers;
- veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats;
- formuler des avis au C.A. sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
- réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le C.A. (art.181.0.0.3, LSSS).

Bilan des activités

Au cours de l'année 2019-2020, le comité de vérification a siégé à 10 reprises avec un taux de participation de 90 %.

La séance du 31 mars 2020 prévue au calendrier 2019-2020 a été annulée en raison des circonstances entourant le coronavirus COVID-19.

Voici les suivis réguliers :

Sujets	4 avril 2019 Séance régulière	15 avril 2019 Séance régulière	14 mai 2019 Approbation du budget	29 mai 2019 Séance régulière	11 juin 2019 Approbation des états financiers	10 juillet 2019 Séance spéciale Conférence téléphonique	10 septembre 2019 Séance régulière	23 octobre 2019 Séance régulière	28 novembre 2019 Séance régulière	31 janvier 2020 Séance régulière
Suivis de divers dossiers et recommandations	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Suivis des états financiers, du budget d'exploitation et du plan d'équilibre budgétaire (processus de suivi budgétaire approuvé le 31 mai 2018)	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Adoption des emprunts à être contractés auprès du ministère des Finances							√			
Déclaration de conformité de la part des dirigeants	√						√		√	
Reddition de comptes des engagements de 100 000 \$ et plus	√			√			√	√	√	√
Reddition de comptes, Loi sur la gestion des contrôles des effectifs (LGCE)	√			√			√	√	√	√
Présentation du cadre de gestion budgétaire										√
Présentation du plan de vérification par les auditeurs externes										√
Nomination des auditeurs externes					√					
Choix de limite de la CNESST									√	
Registre des demandes de financement au MSSS – Argumentaire								√		
Plan de conservation et fonctionnement immobilier (PCFI)										√
Planification triennale du plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM)										√
Bilan annuel de la sécurité de l'information				√						
Dépôt des états financiers au 31 mars 2019					√					
Présentation du rapport des auditeurs financiers externes					√					
Adoption du budget de fonctionnement			√							
Calendrier annuel des séances du comité de vérification				√						
Plan annuel de travail du comité de vérification					√					
Rapport annuel 2019-2020 du comité de vérification				√						

Dossiers complémentaires

- Registre des suivis de la direction générale
- Suivi des recommandations de la firme Deloitte

- Suivi des travaux de vérification des Autorités des marchés publics (AMP)
- Présentation du budget provincial 2019-2020
- Identification des risques d'affaires du CIUSSS-EMTL
- Performance du CIUSSS-EMTL par centre d'activités
- Présentation du plan d'action en gestion intégrée de la présence au travail (GIPT)
- Approbation – Comité de développement durable et politique de développement durable
- Contrat supérieur à 4 M\$ - thérapie cellulaire Cart-T Kymriah
- Bilan de la gestion contractuelle
- Délégation de pouvoirs et de signatures de certains actes, documents ou écrits du CIUSSS-EMTL
- Autorisation d'emprunt au fonds d'exploitation
- Mandat d'achat regroupé – Sutures et laparoscopie – GAC de l'Ouest
- Contrat supérieur à 4 M\$ - contrat d'approvisionnement Miltenyi Biotec
- Développements budgétaires 2019-2020 – Plan des utilisations
- Appui au financement d'une unité de production de thérapie génique aux normes BPF
- Conclusion d'un contrat du Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques
- Conclusion d'un contrat d'approvisionnement – Thérapie cellulaire Car-T - ^{PR}Yescarta™ (Axicabtagene ciloleucel) pour la thérapie cellulaire (valeur du contrat supérieure à 4 M\$)
- Rapport de vérification concernant l'application des lignes internes de conduite de certains ministères et organismes
- Demande de plan d'équilibre budgétaire du MSSS à produire pour le 31 janvier 2020
- Conclusion d'un contrat d'achat de 81 places en CHSLD pour une durée de six ans

Nombre d'avis et de recommandations transmis au C.A. : 23

	4 avril 2019 Séance régulière	15 avril 2019 Séance régulière	14 mai 2019 Approbation du budget	29 mai 2019 Séance régulière	11 juin 2019 Approbation des états financiers	10 juillet 2019 Séance spéciale Conférence téléphonique	10 septembre 2019 Séance régulière	23 octobre 2019 Séance régulière	28 novembre 2019 Séance régulière	31 janvier 2020 Séance régulière	TOTAL
Nombre d'avis ou de recommandations transmis au C.A.	0	2	1	5	3	2	3	3	1	3	23

De manière statutaire, le suivi des recommandations du comité de vérification se trouve à l'ordre du jour des rencontres du conseil d'administration. Le président dépose, à chaque rencontre du conseil d'administration (CA), un rapport des points saillants du comité de vérification (CV).

Avis ou recommandations émis au conseil d'administration par le comité de vérification au cours de l'année 2019-2020 :

Le comité de vérification a recommandé au conseil d'administration 23 recommandations qui ont toutes été adoptées.

No de résolutions	Résolutions
CA2019-04-18_5.2.1	Comité de développement durable
CA2019-04-18_5.2.2	Désignation des signataires bancaires
CA2019-05-17_2.1.1	Budget de fonctionnement 2019-2020
CA2019-06-13_5.2.1	Rapport annuel du comité de vérification 2018-2019
CA2019-06-13_5.2.2	Mise à jour de la politique de gestion contractuelle et d'approvisionnement
CA2019-06-13_5.2.3	Délégation de pouvoirs et de signatures de certains actes, documents ou écrits du CIUSSS-EMTL
CA2019-06-13_5.2.4	Bilan annuel de la sécurité de l'information
CA2019-06-13_5.2.5	Rapport financier annuel au 31 mars 2019 (AS-471)
CA2019-06-13_5.2.6	Nomination de l'auditeur indépendant
CA2019-06-13_5.2.7	Autorisation d'emprunt au fonds d'exploitation
CA2019-09-25_5.2.1	Conclusion d'un contrat d'approvisionnement – Produit clinique Miltenyi
CA2019-09-25_5.2.2	Mandat d'achat regroupé – Sutures et laparoscopie (GAC de l'Ouest) 2019-6815-00
CA2019-09-25_5.2.3	Politique de développement durable
CA2019-09-25_5.2.4	Régime d'emprunts à long terme
CA2019-09-25_5.2.5	Unité de production de thérapie génique aux normes BPF
CA2019-11-06_5.2.1	Conclusion d'un contrat du Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques
CA2019-11-06_5.2.2	Conclusion d'un contrat d'approvisionnement – Thérapie cellulaire Car-T - ^{PR} Yescarta™ (Axicabtagene ciloleucl) pour la thérapie cellulaire (contrat d'approvisionnement supérieur à 4 M\$)
CA2019-11-06_5.2.3	Mise à jour de l'argumentaire de la situation financière au CIUSSS-EMTL
CA2019-12-12_5.2.1	CNESST – Régime rétrospectif 2020
CA2020-02-13_5.2.1	Demande de plan d'équilibre budgétaire
CA2020-02-13_5.2.2	Conclusion d'un contrat d'achat de places en CHSLD avec Villa Belle Rive inc.
CA2020-02-13_5.2.3	Planification triennale 2020-2023 des plans de conservation du maintien des actifs – Volets PCEM et PCFI
CA2020-03-12_2	Mise en place de la marge de crédit auprès du Fonds de financement

Résultats obtenus en fonction du mandat du comité

Le comité analyse divers rapports relativement à la conformité des lois et règlements : (les recommandations font l'objet d'un suivi au niveau du comité de vérification (CV))

- Plan d'action en gestion intégrée de la présence au travail (GIPT)
- Conclusion de la vérification de l'Autorité des marchés publics (AMP)
- Mise à jour de l'argumentaire de la situation financière au CIUSSS-EMTL
- Rapport de vérification concernant l'application des lignes internes de conduite de certains ministères et organismes couvrant la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

Le comité fait le suivi des dossiers présentant des enjeux particuliers au financement :

- Suivi périodique des résultats financiers
- Approbation des contrats supérieurs à 4 M\$
- Suivi des projets des ressources informationnelles
- Suivi des mesures d'optimisation et de performance
- Suivi des demandes adressées au MSSS quant à la croissance des coûts de fournitures médicales, de médicaments, etc.

- Rapport d'analyse financière du MSSS relativement au rapport financier annuel de l'établissement
- Identification des risques d'affaires
- Registre des suivis de la direction générale en lien avec les demandes de financement
- Rapport de performance du CIUSSS-EMTL par centre d'activités
- Suivi des recommandations de la firme Deloitte
- Développements budgétaires 2019-2020 – Plan des utilisations
- Régime d'emprunts à long terme
- Autorisation d'emprunt au fonds d'exploitation
- Unité de production de thérapie génique aux normes BPF
- Régime rétrospectif CNESST
- Demande de plan d'équilibre budgétaire

Le comité adopte les différentes planifications de l'organisation :

- Budget annuel 2019-2020
- Plans triennaux 2020-2023 :
 - ✓ Plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM)
 - ✓ Plan de conservation et fonctionnement immobilier (PCFI)
- Suivi des projets en technologie de l'information
- Mise en place d'un comité de développement durable
- Politique de développement durable

Perspectives pour la prochaine année

Plusieurs dossiers sont suivis de façon assidue. Toutefois, les membres demeurent préoccupés par la situation financière de l'établissement. Rappelons que l'établissement tente de faire reconnaître un financement historique des activités qui, au cours des années, a considérablement progressé. Ainsi, une mise à jour du document sur l'argumentaire de la situation financière a été révisée et transmise au MSSS, qui nous a octroyé un financement non récurrent. Un suivi de notre part de ces éléments de sous-financement avec le MSSS doit se poursuivre afin qu'un financement récurrent nous soit octroyé et nous permette de réaliser notre mission.

D'autre part, la croissance des coûts liés à des augmentations de volume, aux médicaments oncologiques, à l'augmentation du temps supplémentaire, de l'assurance-salaire et aux coûts liés à la CNESST sont parmi les éléments qui ajoutent une pression continue sur notre situation financière.

Enfin, les membres entendent bien interpeller le MSSS à chaque occasion où un sous-financement est constaté ou un ajout de services est requis sans financement correspondant.

En plus du suivi des résultats financiers, le comité de vérification assurera une vigie des éléments suivants :

- vétusté du parc des ressources informationnelles;
- gestion intégrée de la présence au travail (GIPT);
- vétusté des installations.

Comité des ressources humaines et des communications (CRHC)

- Mme Mariette L. Lanthier, présidente du comité, membre du C.A., indépendante
- Mme Djamila Benabdelkader, membre du C.A., indépendante (depuis le 25 septembre 2020)
- M. Pierre Poulin, membre du C.A., indépendant
- Mme Camille Thibodeau, membre du C.A., indépendante

Invités permanents

- M. Pierre Shedleur, président du C.A.

- Sylvain Lemieux, président-directeur général
- Sylvia Provost, directrice des Ressources humaines, des Communications et des Affaires juridiques

Mandat du comité des ressources humaines et des communications

Le comité des ressources humaines et des communications a pour mandat :

- d'examiner les processus et les critères reliés à l'octroi d'un statut, de privilèges et des obligations qui y sont rattachées ainsi que l'acceptation de démissions et de congés de services des médecins, dentistes et pharmaciens;
- de formuler des recommandations au C.A. sur la nomination des hors cadres ou des cadres supérieurs et, s'il y a lieu, sur des ententes de départ;
- de s'assurer de la mise en place des politiques des ressources humaines de l'établissement;
- de favoriser un programme de reconnaissance pour services rendus à l'établissement par des personnes qui œuvrent ou qui y ont œuvré;
- de recevoir tout rapport en lien avec les priorités ministérielles en matière de main-d'œuvre notamment sur la qualité de vie au travail (assurance-salaire, main-d'œuvre indépendante et temps supplémentaire), le contrôle des effectifs et les mesures pour le personnel d'encadrement;
- de s'assurer de la mise en place d'un processus de communication en situation de crise;
- de promouvoir le rayonnement de la mission de soins, d'enseignement et de recherche, et les contributions stratégiques liées à des pratiques d'excellence.

Bilan des activités

Au cours de l'année 2019-2020, le CRHC a tenu quatre rencontres sur les six planifiées. Il y a eu 15 rencontres virtuelles pour la nomination de cadres supérieurs. Il y a également eu une rencontre extraordinaire en raison de la pandémie de COVID-19. Le taux de participation des membres du comité est de 91 %.

Les sujets abordés au cours de l'année sont les suivants :

- suivis de dossiers ressources humaines et communications et recommandations;
- plan de la main-d'œuvre;
- plan de développement des compétences;
- programme de coaching;
- évaluation du processus de renouvellement des privilèges des médecins;
- plan de communications internes et externes;
- programme annuel de reconnaissance des employés et des médecins;
- politiques de ressources humaines et de communications;
- tableau de bord du CA – Indicateurs RH;
- rapport de plaintes de harcèlement psychologique;
- gestion intégrée des risques;
- bilan média;
- suivi du plan stratégique du MSSS – mobilisation du personnel (main-d'œuvre indépendante, assurance-salaire, et temps supplémentaire).

Recommandations émises au C.A. par le CRHC au cours de l'année 2019-2020

Le CRHC a pris connaissance des dossiers et des recommandations soumis par la Direction du CIUSSS. Après analyse des documents et discussions, ils ont recommandé leur adoption au C.A.

Pour l'année 2019-2020, le CRHC a fait 36 recommandations qui ont toutes été adoptées par le C.A., soit :

- nomination d'une directrice des projets immobiliers majeurs;
- nomination d'un directeur adjoint – Volet opérations à la Direction des services multidisciplinaires ;

- entente de départ d'un cadre intermédiaire;
- nomination d'un commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services;
- nomination d'un directeur adjoint planification et performance financière à la Direction des ressources financières;
- nomination d'un directeur adjoint main-d'œuvre et relations de travail;
- nomination d'un directeur général adjoint aux programmes sociaux;
- nomination d'un directeur adjoint hôtellerie, sécurité et mesures d'urgence;
- nomination d'un directeur adjoint des opérations financières;
- nomination d'une directrice générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et directrice des services professionnels;
- entente de départ d'un cadre supérieur;
- organigramme modifié de la haute direction;
- rapport annuel du comité des ressources humaines et des communications 2018-2019;
- désignation toponymique – Centre de dialyse Raymond-Barcelo;
- nomination d'une directrice adjointe volets technique, immobilier, technologique et logistique;
- nomination d'un directeur adjoint médical volet projets cliniques en milieu communautaire;
- nomination d'une directrice adjointe du bureau de la mission universitaire de l'Institut et des programmes surspécialisés;
- nomination d'une directrice adjointe pratiques professionnelles et excellence en soins infirmiers;
- nomination d'une directrice adjointe Programme services portails et hébergement en santé mentale;
- organigramme modifié de la haute direction;
- inscription annuelle au Barreau du Québec;
- nomination d'une directrice qualité, évaluation, performance et éthique;
- ajout d'un membre au comité des ressources humaines et des communications;
- nomination d'un directeur adjoint gestion des systèmes d'information;
- entente de départ d'un cadre supérieur;
- processus de nomination des cadres supérieurs;
- nomination d'un directeur adjoint planification, performance et intelligence d'affaires;
- entente de départ d'une cadre intermédiaire;
- nomination d'un directeur adjoint logistique et approvisionnement;
- connaissance du dépôt des déclarations d'intérêts des cadres supérieurs et hors cadres;
- approbation d'une candidature au Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- nomination d'un chef de département de médecine spécialisée;
- déclaration d'intérêts des cadres supérieurs et hors cadres - mesures prises dans le cas d'un conflit d'intérêts potentiel;
- nomination d'un chef de département de l'urgence spécialisée;
- nomination d'un chef de département de la pharmacie spécialisée;
- nomination d'un directeur adjoint des opérations financières à la Direction des ressources financières.

Le suivi auprès du C.A. de ses propres recommandations s'effectue de manière statutaire en figurant à l'ordre du jour des rencontres du C.A. La présidente dépose à chaque rencontre du C.A. un rapport des faits saillants du comité des ressources humaines et des communications.

Perspectives d'action pour la prochaine année

Tout au cours de l'année, le comité a suivi les actions pour attirer et retenir de la main-d'œuvre que ce soit par le biais d'orchestration de campagnes promotionnelles ou d'activités de reconnaissance sur le terrain. Malgré le contexte difficile du marché de l'emploi, l'établissement a procédé à l'embauche de 2 436 personnes et, même en pleine période de pandémie de COVID-19, les efforts de recrutement n'ont pas cessé.

Cependant, la hausse des activités, l'achalandage de certains de nos secteurs de pointe et la réorganisation des soins post-pandémie font en sorte qu'il est impossible de ne pas ressentir davantage les effets de la pénurie de main-d'œuvre, et ce, dans tous les domaines d'activités du CIUSSS. Cette préoccupation retiendra l'attention des membres du comité qui sont soucieux d'assurer les soins et services de façon sécuritaire grâce à une équipe de gens qualifiés et en nombre suffisant.

Comité des affaires universitaires (CAU)

Membres

- Mme Djamila Benabdelkader, membre indépendante
- Mme Francine Ducharme, représentante de l'Université de Montréal, coprésidente
- Mme Lyne Lalonde, représentante de l'Université de Montréal, coprésidente
- M. Sylvain Lemieux, président-directeur général
- Mme Émilie Mercier, membre désignée par le conseil multidisciplinaire au C.A.

Invités permanents

- M. Jean-François Fortin Verreault, président-directeur général adjoint
- Mme Marlène Galdin, consultante
- Mme Tu-Trân Luong, adjointe au président-directeur général
- M. Pierre Shedleur, président du conseil d'administration

Mandat du comité des affaires universitaires

Le comité a pour fonctions de :

- recevoir et d'analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur les activités d'enseignement universitaire ou de recherche;
- faire des recommandations au C.A. sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations;
- émettre des recommandations afin que la Direction de l'enseignement universitaire et la Direction de la recherche disposent des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer leurs responsabilités de façon efficace et efficiente;
- s'assurer du suivi des actions et résultats visant la valorisation des six dimensions de la mission universitaire :
 - ✓ recherche;
 - ✓ enseignement;
 - ✓ évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux;
 - ✓ transfert de connaissances;
 - ✓ rayonnement;
 - ✓ valorisation et innovation des pratiques de pointe.
- s'assurer de la mise à jour ainsi que de l'application des règlements, politiques et procédures en lien avec l'ensemble des dimensions de la mission universitaire;
- recommander l'adoption de ces règlements, politiques et procédures par le C.A., le cas échéant;
- promouvoir le rayonnement de la mission de soins, d'enseignement et de recherche et les contributions stratégiques liées à des pratiques d'excellence;
- veiller à ce que la relation avec les maisons d'enseignement, dont l'Université de Montréal, permette le développement de relations harmonieuses afin de mieux réaliser les missions respectives de l'établissement.

Mandats ou objectifs spécifiques

Les travaux de 2018-2019 ont démontré la pertinence et l'importance de conserver le comité des affaires universitaires et de lui donner une plus grande importance au C.A.

Suite à cette décision, pour l'année 2019-2020, les membres du CAU ont porté une attention particulière aux dossiers suivants :

- révision du mandat et de la composition du comité;
- identification et la priorisation des enjeux et thèmes à suivre par le comité;
- identification des indicateurs de suivi de la mission universitaire.

Ainsi, les travaux de l'année avaient comme principal objectif de restructurer le comité et de jeter les bases pour permettre un meilleur suivi des différentes composantes universitaires de l'organisation.

Bilan des activités

Au cours de l'année 2019-2020, le CAU a tenu quatre rencontres avec un taux de participation des membres de l'exécutif de 80 %. Le comité aurait normalement dû siéger six fois, mais, en raison de la pandémie, les rencontres des mois d'avril et mai ont été annulées.

Suite à diverses présentations de plusieurs organes œuvrant pour la mission universitaire, six priorités ont été ciblées par les membres du CAU afin de concentrer les efforts et la mise en œuvre rapide de certains projets. Les thèmes suivants ont été priorisés :

- culture universitaire;
- indicateurs de suivi de la mission universitaire;
- centre d'excellence en soins infirmiers et centre d'excellence multidisciplinaire;
- recherche clinique;
- désignation IUSMM;
- nouveau GMF-U.

Dans le cadre de leur mandat respectif, les comités professionnels, soit le CII, le CM et le CMDP, ont comme responsabilité de donner leur avis sur les questions liées à l'organisation scientifique et technique du comité. Afin de mettre à profit cette expertise et de permettre au comité de mieux jouer son rôle, il a été ainsi décidé qu'un membre désigné de chacun de comités professionnels devait être membre du CAU. Le membre désigné par le CM déjà présent au comité, l'ajout de deux membres désignés par le CII et le CMDP ont été effectués.

Outre la révision du mandat et de la composition du comité, le suivi de divers travaux de l'organisation en lien avec les thèmes priorisés, le début des travaux concernant le contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal, le comité a également débuté un cycle de travail permettant d'identifier les indicateurs qu'il souhaite suivre dans les prochaines années. À partir d'un cadre conceptuel d'appréciation de la performance, le comité a entamé des discussions et réflexions sur différents indicateurs en lien avec les volets enseignement, recherche et la valorisation des connaissances issues des dimensions universitaires. En raison de l'annulation des dernières rencontres, le comité n'a pu statuer sur les indicateurs finaux.

Au cours de l'année 2018-2019, trois recommandations avaient été émises au C.A, soit :

- la modification du mandat de la composition du CAU;
- la nomination du membre désigné du CII au CAU;
- la nomination du membre désigné du CMDP au CAU.

Résultats obtenus en fonction du mandat du comité

Les trois recommandations émises par le CAU ont été adoptées par le C.A.

Les travaux effectués en 2019-2020 ont permis de restructurer les bases essentielles du comité, et ont mis de l'avant l'importance de la mission universitaire, non seulement pour l'organisation, mais également pour le C.A. L'avancement des chantiers et le dépôt des différents livrables répondent ainsi au mandat et aux objectifs visés par le comité.

En collaboration avec la nouvelle Direction de la mission universitaire et dans le but de soutenir le développement de la mission universitaire du CIUSSS, les perspectives d'action pour la prochaine année sont les suivantes :

- définir les indicateurs de suivi du volet universitaire au CIUSSS à partir du cycle de travail entamé en 2019-2020;
- effectuer les suivis nécessaires afin d'assurer la signature du contrat d'affiliation et mettre les mécanismes nécessaires en place pour en assurer le respect;
- revoir la politique sur l'intégrité scientifique et la conduite responsable en recherche, le cadre organisationnel de la recherche ainsi que celui de l'enseignement;
- assurer le suivi de l'avancement de travaux de l'établissement en lien avec les six thèmes prioritaires par le CAU ainsi que la performance et la planification des centres de recherche.

Enjeu

Aucun enjeu n'a été soulevé pour le CAU.

Comité d'éthique en recherche (CÉR)

Personnes ayant une expertise pertinente en ce qui concerne les méthodes scientifiques, les domaines et les disciplines de recherche couverts par le comité

Membre en règle pouvant agir comme représentant de l'Université de Montréal (UdeM)

- M. Stéphane P. Ahern, président – membre du CMDP – Médecin

Membres en règle agissant à tour de rôle

- Mme Maude Bachand-Fournier, membre du CMDP – Pharmacienne
- Mme Karine Daoust, membre du CMDP – Pharmacienne
- Mme Millie Lum, membre du CMDP – Pharmacienne
- M. Denis Projean, membre du CMDP – Pharmacien
- Mme Marceline Quach, membre du CMDP – Pharmacienne

Membres substitués dont ceux identifiés peuvent agir comme représentants de l'Université de Montréal

- Frederick Aardema, Chercheur
- Imran Ahmad, Médecin
- Marie-Josée Aubin, Médecin
- Guy Aumais, Médecin
- Julie B. Leclerc, Chercheur
- Nadia Bambace, Médecin
- Sylvain Beaulieu, Médecin
- Marie-Lyne Bélair, Médecin
- Yves Bendavid, Médecin
- Brahim Bensouda, Médecin
- Julie Bergeron, Médecin
- Paquito Bernard, Chercheur
- Louis Bondaz, Médecin
- Patrick Boulos, Médecin
- Catherine Briand, Chercheur
- Véronique Brulotte, Médecin
- Isabelle Brunette, Médecin
- Alexis Bujold, Médecin
- Lionel Cailhol, Médecin
- Alexandre Cengarle-Samak, Médecin
- Gabriel Chan, Médecin
- Sandra Chartrand, Médecin
- Ariane Clairoux, Médecin
- Sandra Cohen, Médecin
- Suzon Collette, Médecin
- Marc Corbière, Chercheur
- Lara De Guerke, Médecin
- Jean-Sébastien Delisle, Médecin
- François Desmeules, Chercheur
- Jean-Luc Dionne, Médecin
- Simon Dufresne, Médecin
- Alexandre Dumais, Chercheur
- Geneviève Ferland Caron, Médecin
- Isabelle Fleury, Médecin
- Éric Fortin, Médecin
- Israël Fortin, Médecin
- Suzanne Fortin, Médecin
- Ellen Freeman, Médecin
- Steve Geoffrion, Chercheur
- Mai-Kim Gervais, Médecin
- Rafik Ghali, Médecin
- Jean-François Guay, Chercheur
- Paul Harasymowycz, Médecin
- Marc Isler, Médecin
- Karim Jerbi, Chercheur
- Jeannine Kassis, Médecin
- Nader Khaouam, Médecin
- Kelley Kilpatrick, Chercheur
- Thomas Kiss, Médecin
- Édouard Kouassi, Chercheur

- Annie-Claude Labbé, Médecin
- Silvy Lachance, Médecin
- Jean-Philippe Lafrance, Médecin
- Caroline Larue, Chercheur
- Jean-François Latulippe, Médecin
- Louis-Philippe Laurin, Médecin
- Christian Lavallée, Médecin
- Martin Lavigne, Médecin
- Patrick Lavigne, Médecin
- Marc Lavoie, Chercheur
- Richard LeBlanc, Médecin
- Tania Lecomte, Chercheur
- Laurent Legault, Médecin
- Benjamin Léger-St-Jean, Médecin
- Céline Lemaire, Médecin
- Sylvie Lesage, Chercheur
- Alain Lesage, Médecin
- Mark Lesk, Médecin
- Jonathan Lévesque, Médecin
- Christian Loubert, Médecin
- Sonia Lupien, Chercheur
- Michèle Mabon, Médecin
- Marie-France Marin, Chercheur
- François Marquis, Médecin
- Vincent Massé, Médecin
- Heather Melichar, Médecin
- Cathy Menkarios, Médecin
- Éric Milot, Médecin
- Luigina Mollica, Médecin
- Sophie Mottard, Médecin
- Annie-Claire Nadeau-Fredette, Médecin
- Anh Nguyen, Médecin
- Jonathan Noujaim, Médecin
- Kieron O'Connor, Chercheur
- Sébastien Olivier, Médecin
- Pierre Orban, Chercheur
- Georges Ouellet, Médecin
- Jean-François Pelletier, Chercheur
- Louis Philippe Fortier, Médecin
- Matthieu Picard, Médecin
- Vincent Pichette, Médecin
- Jean Pierre Melun, Médecin
- Sami Pierre Moubayed, Médecin
- Pierrich Plusquellec, Chercheur
- Madeleine Poirier, Médecin
- Jean Proulx, Chercheur
- Akram Rahal, Médecin
- Georges Rakovich, Médecin
- Flavio Rezende, Médecin
- Philippe Richebé, Médecin
- Louis-Charles Rioux, Médecin
- Mélina Rivard, Chercheur
- Jean Roy, Médecin
- Virginie Royal, Médecin
- Maryse Soulière, Chercheur
- Jean St-Louis, Médecin
- Issam Tanoubi, Médecin
- Han Ting Wang, Médecin
- Laurent-Henri Tordjman, Médecin
- Valérie Tourjman, Médecin
- Duy Tran, Médecin
- Dominique Tremblay, Médecin
- Jean-François Tremblay, Médecin
- Jean-Sébastien Trépanier, Médecin
- Brigitte Vachon, Chercheur
- Michel Vallée, Médecin
- Peter Vavassis, Médecin
- Pascal-André Vendittoli, Médecin
- Olivier Verdonck, Médecin
- Philippe Vincent, Chercheur
- Owen Woods, Médecin
- Micheal Yassa, Médecin
- Valérie Zaphiratos, Médecin
- Michel Zumner, Médecin

Personnes spécialisées en droit et en éthique

Membres en règle

- Mme Vanessa Chenel, vice-présidente – Spécialisée en éthique
- Mme Brigitte Pâquet, spécialisée en droit

Membre substitut

- Mme Marie Hirtle, spécialisée en éthique et en droit

Personnes représentant les groupes utilisant les services des établissements où se déroulent les projets de recherche, mais n'y étant pas affiliées

Membres en règle agissant à tour de rôle

- Mme Céline Arseneault, représentante de la communauté non affiliée
- Mme Marie-Anne Doucet, représentante de la communauté non affiliée
- Mme Isabelle Gauvreau, représentante de la communauté non affiliée
- Mme Louise Normandeau, représentante de la communauté non affiliée

Mandat du comité d'éthique en recherche

Le CÉR a pour mandat de :

- veiller au respect des droits à la dignité, à la sécurité et au bien-être des participants à la recherche;
- s'assurer que toute recherche effectuée au sein du CIUSSS soit conforme aux normes scientifiques, légales et éthiques;
- d'approuver toute proposition, toute technologie nouvelle ou toute poursuite de recherche impliquant des êtres humains, des données, du matériel biologique, des embryons et des fœtus et d'assortir cette approbation, le cas échéant, de conditions à observer.

Conséquemment, le CÉR a le pouvoir d'évaluer, d'approuver, de modifier, de refuser ou d'interrompre tout projet de recherche qui relève de son autorité. De plus, il assure un suivi continu, passif et actif, des projets avec les modalités appropriées à chacun. Le CÉR a pleine autonomie en ce qui a trait à l'évaluation éthique et au suivi des projets de recherche.

Lorsque l'activité de recherche est régie par le *Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement*, adopté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en novembre 2014, le CÉR exerce son mandat à l'intérieur de ces règles.

Le CÉR est institué en vertu de l'article 21 du *Code civil du Québec* et par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec pour évaluer des projets de recherche chez des participants majeurs aptes, inaptes (dont l'inaptitude est subite, temporaire ou permanente) ou des mineurs.

Également, le CÉR peut assister les chercheurs et leurs équipes de recherche dans la présentation d'un projet de recherche ou dans leur démarche sur une question donnée au sujet de leur projet de recherche, contribuant ainsi à la formation éthique.

Bilan des activités

Pour l'année 2019-2020, le CÉR a tenu 20 rencontres au cours desquelles 120 nouveaux projets ont été évalués.

Dans le contexte actuel de la pandémie de la CODIV-19, le CÉR a proposé un mode opératoire normalisé (MON) applicable dans les contextes d'urgences publiques déclarées (UPD), soit le MON 501.001 – *Évaluation du CÉR durant les urgences publiques déclarées*. Le CÉR l'a adopté lors de sa rencontre du 18 mars 2020 et le CA en a pris acte le 15 avril 2020.

Conseil multidisciplinaire (CM)

L'année 2019-2020 est la troisième année complète d'opération du conseil. Compte tenu de l'envergure de l'établissement (2 545 membres au CM), le comité exécutif rencontre de nombreux défis puisqu'il représente plus de 60 professions différentes. En raison des départs de certains membres élus du comité exécutif (CECM), le conseil a procédé à la cooptation de quatre nouveaux membres au sein du comité exécutif. Le CM a été fortement touché par la récente crise sanitaire. Cela a affecté les travaux en cours du CECM. Le texte ci-dessous présente les réalisations du CECM pour l'année 2019-2020.

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) au 31 mars 2020

- M. Guy Jolicoeur, président, travailleur social/CLSC de Saint-Michel
- Mme Julie Dumas, vice-présidente, nutritionniste/HMR
- Mme Magali Leblanc, secrétaire, physiothérapeute/IUSMM
- M. Ahmed Douadi, trésorier, technicien en génie biomédical/HMR
- Mme France Després, thérapeute en réadaptation/PDI
- M. Martin St-George, organisateur communautaire/CLSC Hochelaga-Maisonneuve

- Mme Isabelle Benoît, travailleuse sociale Jeunesse/CLSC de Saint-Michel
- M. Paul Vachon, éducateur spécialisé/centre de crise Émile-Nelligan (coopté)
- Mme Isabelle Bombardier, coordonnatrice en IRM/HMR (cooptée)
- Mme Marie-Alice Méhu, éducatrice spécialisée/IUSMM (cooptée)
- Mme Ariane Allard, psychoéducatrice/IUSMM (cooptée)
- M. Sylvain Lemieux, président-directeur général CIUSSS-EMTL
- Mme Caroline St-Denis, directrice des Services multidisciplinaires CIUSSS-EMTL

Mandat du conseil multidisciplinaire

Le CECM est responsable envers le conseil d'administration de :

- constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
- faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, en égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes dispensés par l'établissement;
- assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration;
- faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent. Ce rapport doit être déposé à l'assemblée générale annuelle des membres.

Il est aussi responsable envers le président-directeur général, conformément à l'article 228 de la LSSSS, de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique de l'établissement ;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres ;
- toute autre question que le président-directeur général porte à son attention.

Plan d'action 2019-2020

Pour l'année se terminant le 31 mars 2020, le conseil a poursuivi la mise en œuvre du plan d'action qui avait été proposé l'année précédente touchant les thèmes suivants :

- avis sur les pratiques professionnelles au CIUSSS-EMTL;
- appréciation et amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de nos membres;
- soutien à l'implantation des comités des pairs;
- présence aux comités de travail du CIUSSS;
- soutien et développement du CM;
- reconnaissance des membres du CM;
- plan de communication du CM;
- présence aux instances communes du CIUSSS, soit le cConseil des infirmières et infirmiers (CII) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- participation aux travaux du CIUSSS avec Agrément Canada;
- nouvelle révision des règlements du CM.

Bilan des activités

Au cours de l'année 2019-2020, le CECM s'est rencontré à dix rencontres officielles. Il a également tenu dix rencontres de travail en grand groupe, dix rencontres d'officiers avec un taux de participation entre 75 et 90 %. Les comités de travail ont tenu, quant à eux, vingt-quatre rencontres.

Résultats des comités obtenus eu égard aux objectifs fixés

- Comités de pairs
 - ✓ Le comité a reçu cinq propositions de comités de pairs, dont deux sont actifs.
 - ✓ En lien avec la DSM, une démarche pour faire la promotion des comités de pairs a été amorcée avec le soutien des conseillers cadres de cette direction.
 - ✓ La révision et l'adoption des outils/formulaires de suivi (procédure écrite).

- ✓ Une grille de suivi complétée.
 - ✓ Des correspondances avec les membres actifs.
 - ✓ La révision des délais de réponses (lettres modèles et délais standards).
 - ✓ Un communiqué diffusé dans chaque bulletin qui relate les avancées des comités et la promotion des comités de pairs.
- Comité de maintien et promotion des compétences (CMPC)
 - ✓ Il assure un rôle de conseil auprès de l'organisation en ce qui a trait au maintien et à la promotion des compétences de ses membres.
 - ✓ Depuis que la Direction générale (DG) a été informée des difficultés rencontrées par le comité dans la réalisation de son mandat, des améliorations ont été constatées ainsi qu'une meilleure collaboration entre les responsables de la formation professionnelle et le CMPC.
 - ✓ Un nouveau calendrier de rencontres a été conçu et le comité suit les étapes d'élaboration du plan de développement des compétences (PDC).
 - Comité des communications
 - ✓ Un plan d'action en communication a été élaboré.
 - ✓ Un bulletin d'information a été publié.
 - ✓ Une mise à jour régulière de la page de l'intranet a été réalisée.
 - Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ)
 - ✓ La participation de quatre membres dont deux membres de la Direction des services multidisciplinaires au Colloque de l'Association et, de plus, un forum interprofessionnel avec l'Association des Conseils des Infirmières et Infirmiers du Québec et l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec a eu lieu pour rassembler les membres sur les mêmes enjeux de l'interdisciplinarité.
 - ✓ La participation d'un membre du CM au C.A. de l'ACMQ.
 - Révision des statuts et règlements
 - ✓ De petites modifications sur la durée des mandats des postes cooptés ont été apportées aux règlements généraux et feront l'objet d'un vote lors de la prochaine assemblée générale.
 - Participation à divers comités du CIUSSS dont le comité de gestion des risques et le CQPCI.

Avis et recommandations du CECM présentés au président-directeur général

- Avis sur la mobilité de la main-d'œuvre (décembre 2019).
- Avis sur les services en orthophonie du CIUSSS (février 2020).

Consultations

Différents comités ou directions du CIUSSS ont fait des présentations au CM. Cependant, le CM a été moins sollicité cette année.

SUJETS	DATE
Offre de service DSI volet pratiques professionnelles	Septembre 2019
Travaux DSM interdisciplinarité	Octobre 2019
Cadre de référence en organisation communautaire	Octobre 2019
Conférence HEC : Innovation et créativité en santé	Octobre 2019
	Novembre 2019
Présentation pour le suivi de la main-d'œuvre en décembre	Décembre 2019
	Janvier 2020

SUJETS	DATE
Présentation du plan de communication du CM	Février 2020
	Mars 2020

Perspectives d'actions pour la prochaine année

Une année de changement attend le CM pour 2020-2021. Des défis majeurs seront au rendez-vous pour faire face à la pandémie de COVID-19. L'urgence sanitaire a conduit à la fin abrupte des activités du CM. La reprise des activités du CECM sera plus difficile. Des moyens technologiques adéquats devront être mis en place pour faciliter la poursuite du mandat du CECM.

Des avis sur les pratiques professionnelles sont à prévoir pour représenter l'impact de la crise sanitaire sur les services ou non à la population de l'Est. Plusieurs techniciens et professionnels ont été délestés dans les CHSLD, ce qui a donné lieu à un arrêt des activités dans leur secteur et une cessation des services à la clientèle desservie dans les CLSC, les centres hospitaliers ou à domicile. Il y a eu un impact majeur pour cette clientèle et un bilan devra être effectué pour diminuer les impacts en cas d'une 2^e vague de COVID-19. Dépendamment des secteurs, les retours aux activités avant pandémie n'ont pas tous été recommencés et ont été modifiés par des mesures de protection pour la sécurité de tous.

Les enjeux du télétravail seront une priorité puisque plusieurs techniciens et professionnels ont dû quitter leur bureau pour prendre en considération la distanciation sociale ou par manque de locaux disponibles. Des questionnements sur la confidentialité, la difficulté d'avoir accès aux dossiers des usagers, les plateformes à utiliser et d'autres sujets ont fait écho au CECM. Le CECM souhaite travailler avec la DSM pour que tous les techniciens et professionnels puissent travailler en télétravail en répondant aux exigences de leurs ordres, et ce, tout en maintenant la qualité de leurs pratiques professionnelles.

Le CM compte suivre le plan d'action avons élaboré en 2019. Des défis majeurs demeurent au niveau de la communication avec les membres. Les démarches seront poursuivies afin d'ajuster le plan de communication. De plus, la création de nouveaux comités de pairs reste toujours un enjeu primordial. La pandémie a changé les pratiques de travail et de nouvelles procédures ou habilités ont certainement émergées. Le CECM espère que cela suscitera un intérêt pour la constitution de nouveaux comités de pairs.

Le CECM entend également poursuivre les collaborations avec les autres instances du CIUSSS, dont le conseil des infirmières et infirmiers et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Le dossier de l'interdisciplinarité sera aussi une priorité pour l'année à venir et il collaborera avec les autres instances de l'établissement.

Dépenses du conseil multidisciplinaire

Le CM a eu droit de dépenser une somme de 10 000 \$ en 2019-2020. Il a dépensé ainsi :

Cotisation à l'Association	2 195,06 \$
Dépenses pour assemblée générale annuelle :	2 480,79 \$
Participation au congrès annuel :	2 774,25 \$
Affiches de présentation :	25,00 \$
Tablette IPAD pour la secrétaire :	1 500,00 \$
Achat de stylos promotionnels :	1 610,00 \$
Total :	10 585,09 \$

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Année de collaboration

Après une année marquée par quelques changements au niveau de la gouvernance de l'exécutif du CMDP, l'année 2019-2020 s'est caractérisée par la mise en place de mécanismes permettant l'amélioration des processus au sein du comité de l'exécutif du CMDP. L'esprit de collaboration entre les membres a favorisé l'avancement de certains suivis et a suscité, entre autres, la remise sur pied de deux comités spécifiques afin d'assurer la qualité de la pratique pour la population de l'Est de l'île de Montréal.

La prochaine année permettra de poursuivre le mandat, soit de maintenir avec rigueur la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique au sein du CIUSSS.

Le comité exécutif du CMDP a tenu onze rencontres régulières et une rencontre extraordinaire, et a organisé deux assemblées générales et une assemblée générale annuelle durant l'exercice 2019-2020. Quelque 245 membres, en moyenne, ont participé aux trois assemblées générales du CMDP entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

Faits saillants

L'exercice 2019-2020 a été riche en information et en projets prometteurs. Il a toutefois été compromis par le contexte pandémique de la COVID-19.

- Plusieurs modifications ont eu lieu, au 31 mars 2020, au niveau de la gouvernance. Le comité exécutif du CMDP est composé de :
 - ✓ D^r Ian Ajmo, président intérimaire du comité - Installation HSCO;
 - ✓ D^r Alain Bonnardeaux, Directeur de l'enseignement au CIUSSS;
 - ✓ M. Martin Franco, secrétaire-trésorier et membre du comité des affaires universitaires - installation HMR ;
 - ✓ D^r Joseph Élias Feghali, conseiller HSCO - Installation HSCO;
 - ✓ D^{re} Martine Leblanc, directrice des Services professionnels au CIUSSS;
 - ✓ M. Sylvain Lemieux, président-directeur général – CIUSSS-EMTL;
 - ✓ D^r Romain Mandel, conseiller HMR et membre du C.A. - Installation HMR;
 - ✓ D^{re} Isabelle Paradis, conseillère CSSS | Volet CLSC - Installation CLSC de Rivière-des-Prairies;
 - ✓ D^r Marc Sasseville, conseiller IUSMM - Installation IUSMM;
 - ✓ D^{re} Raymonde Tabi Abodo, conseillère CSSS | Volet hébergement (CHSLD) - Installation CLSC de Saint-Michel;
 - ✓ Poste vacant - Vice-président.
- Changements à la présidence du CMDP. Départ à la présidence du D^r André J. Luyet au poste de directeur général du Collège des médecins du Québec. Docteur Ian Ajmo assumera les fonctions de président jusqu'à la fin du terme.
 - ✓ Nouveaux membres au sein de l'exécutif du CMDP :
 - D^{re} Isabelle Paradis, conseillère CSSS - Volet CLSC - Installation Pointe-de-l'Île;
 - D^{re} Raymonde Tabi Abodo, conseillère CSSS - Volet CHSLD - Installation CLSC de Saint-Michel;
 - D^r Romain Mandel, conseiller HMR - Installation HMR.
 - ✓ Congé sabbatique de la D^{re} Suzette Ghoubril remplacée par la D^{re} Raymonde Tabi Abodo.
- Révision du règlement du CMDP ayant notamment permis la refonte des mandats des comités suivants :
 - ✓ comité de médecine transfusionnelle;
 - ✓ comité directeur de réanimation cardiorespiratoire.
- Les sujets suivants ont fait l'objet de travaux ou de recommandations du comité exécutif du CMDP :
 - ✓ prolongation du mandat des médecins examinateurs du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021;
 - ✓ modernisation du CIUSSS (implication du CE-CMDP);

- ✓ projet de loi n°52 visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers recevant des services des établissements privés;
- ✓ organisation des urgences en psychiatrie : soutien du CE-CMDP des transformations concernant la couverture médicale des urgences psychiatriques;
- ✓ collaboration entre les services de sage-femme de la Maison de naissance de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
- ✓ création d'un service de gynécologie-oncologie au sein du département d'obstétrique-gynécologie.
- Approbation de 12 ordonnances collectives et d'un protocole interdisciplinaire provenant du comité des ordonnances et des protocoles.

Contexte de la crise sanitaire COVID-19

Au mois de mars 2020, un état de crise sanitaire relié à la COVID-19 a été décrété. Cette situation a créé des perturbations, provoqué des changements significatifs dans les façons de faire et forcé un certain niveau d'adaptation au sein du comité exécutif du CMDP concernant les modalités des rencontres régulières et des assemblées générales.

Le CE-CMDP a poursuivi la vigie et le suivi des activités des comités prévus à son règlement que voici :

- **COMITÉ CENTRAL D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (CCEAMDP)**

Au cours de l'année 2019-2020, le comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique a tenu quatre rencontres et a organisé une activité de formation ayant pour thème *L'évaluation de l'acte professionnel* au sein de nos services et départements cliniques. À cette occasion, sept études issues de différents départements ont été présentées.

Faits saillants

- ✓ Travaux sur la mise en place de pyramides d'appels;
- ✓ Création de sous-comités par département;
- ✓ Révision du fonctionnement de transmission, de réception et d'archivages des documents;
- ✓ Planification d'une plateforme pour l'archivage des documents sur l'intranet, accessible aux médecins avec un accès sécurisé;
- ✓ Autorisations judiciaires en soins et hébergement : le médecin psychiatre mandaté pour ce dossier a étudié 638 rapports avec un taux assez élevé de conformité. Deux lacunes relevées sont relatives au niveau de la documentation des effets secondaires de la pharmacothérapie et à la pertinence du maintien de l'autorisation de soins;
- ✓ Audits du comité de prévention des infections;
- ✓ Évaluation de la qualité de l'acte entourant l'aide médicale à mourir.

Travaux et documents d'analyse reçus au CCEAMDP en 2019-2020

Installation	Analyses par critères explicites	Analyses par critères implicites	Analyses par indicateurs	Radiologie - Audits	Études morbidité-mortalité	Hygiène des mains	Autres
HMR	1	5	0	3	43	0	2

Installation	Traitement Embolie pulmonaire	Hygiène des mains	Analyses par indicateurs	Études morbidité-mortalité	Hygiène des mains	Autres
HSCO	1	3				

Département ou service	Étude sur l'organisation des soins à partir de l'urgence psychiatrique- Janvier 2020
Psychiatrie	1

- **COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES**

Le comité d'examen des titres a tenu huit rencontres durant l'exercice 2019-2020. Il a effectué 772 renouvellements des privilèges des médecins spécialistes et des médecins omnipraticiens du CIUSSS-EMTL, 40 congés de service, 62 modifications aux privilèges, 18 congés de maternité/parental, 26 démissions, 20 retraites, 111 nominations et 45 modifications de nature administrative. Au cours de l'exercice 2019-2020, il a été décrété que tous les médecins omnipraticiens pourront demander, sur une base volontaire et individuelle, des privilèges en enseignement.

- **COMITÉ DE DISCIPLINE**

Un comité de discipline issu de l'exercice 2017-2018 est toujours actif et deux comités sont clos, conformément aux dispositions de la loi. Entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020, trois comités de discipline ont été créés. De ces comités, deux sont toujours en cours et un est clos conformément aux dispositions de la loi. *Réf. : ROAÉ, a. 107.*

- **COMITÉ DE PHARMACOLOGIE**

Pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020, le comité de pharmacologie du CIUSSS-EMTL a tenu cinq réunions.

Les dossiers suivants ont été évalués :

- ✓ Utilisation du cannabis en continuité de traitement au sein du CIUSSS-CEMTL;
- ✓ Utilisation du placebo au sein du CIUSSS;
- ✓ Révision des effets indésirables associés à l'utilisation de certains médicaments et des dispositifs médicamenteux;
- ✓ Utilisation de certains médicaments dans des contextes spécifiques;
- ✓ Révision du formulaire des médicaments en fonction des différentes classes pharmacothérapeutiques;
- ✓ Ajout des médicaments ayant été approuvés par l'INESSS durant l'année 2019-2020;
- ✓ Révision des demandes d'utilisation des médicaments de nécessité médicale particulière (NMP);
- ✓ Dépôt des avis de Santé Canada et des diverses publications de l'INESSS pour information ou pour action, lorsque pertinent;
- ✓ Revue de l'utilisation actuelle de certains médicaments.

- **COMITÉ DIRECTEUR DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE**

Le comité directeur de réanimation cardiorespiratoire a tenu une rencontre en 2019-2020. Celle-ci a surtout porté sur la formation des sous-comités et l'assignation des présidents respectifs des établissements et secteurs.

- **COMITÉ DES DONNS D'ORGANES ET DE TISSUS (DOT)**

Le comité de dons d'organes et de tissus a tenu deux rencontres en 2019-2020.

Faits saillants :

- ✓ Journée annuelle du don d'organes : participation de plus de 300 employés de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) au kiosque d'information et en ligne.
- ✓ Arrimage entre l'aide médicale à mourir (AMM) et le don d'organes avec implantation de procédures. L'HMR est l'un des centres qui en fait le plus au Québec.
- ✓ Création d'un poste d'infirmière ressource en don d'organes à l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale.

- **COMITÉ DE MÉDECINE TRANSFUSIONNELLE**

Le comité de médecine transfusionnelle du CIUSSS s'est réuni à trois reprises entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020. La dernière année a été animée par des visites d'organismes réglementaires en banque de sang et par des enjeux entourant la COVID-19.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Composition du comité exécutif du CII (CECII), institué en vertu de la loi, au 1^{er} avril 2019

- Mme Javiera Kegevic, présidente, infirmière clinicienne AIC, IUSMM
- Mme Nadine Belony, présidente par intérim, infirmière praticienne spécialisée (IPS) GMF-R Levasseur
- M. Daniel Beauregard, vice-président, infirmier clinicien AIC, IUSMM
- M. Samir Amou, président du CIIA, infirmier auxiliaire, CHSLD Benjamin-Victor-Rousselot
- Mme Hassna Benzeroual, vice-présidente du CIIA, infirmière auxiliaire, HMR
- Mme Louise-Andrée Brien, professeur agrégée, Faculté des sciences infirmières - UdeM
- Mme Amélie Brunet, conseillère en soins infirmiers, première ligne, volet préceptorat
- M. Sylvain Lemieux, président-directeur général
- Mme Amélie Nadeau, présidente de la CRI, infirmière clinicienne, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Mme Manon Pinet, conseillère en soins infirmiers, PCI, Lucille-Teasdale (conseillère)
- Mme Lina Spagnuolo, directrice des Soins infirmiers
- Mme Alice Tessier-Collin, infirmière clinicienne, IUSMM (conseillère)
- M. Diabel Gueye, infirmier, IUSMM (conseiller)
- M. Dominic Lévesque, infirmier clinicien, Programme jeunesse (conseiller)

Présentation du mandat

Conformément aux règlements de l'établissement, le CII est, pour chaque installation exploitée par son établissement, responsable envers le conseil d'administration.

Responsabilités générales

- Apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (RLRQ, chapitre I-8) et exercées dans l'établissement.
- Faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans l'établissement.
- Faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans l'établissement.
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans l'établissement.
- Assumer toute autre fonction que lui confie le C.A.
- Faire un rapport annuel au C.A. concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent (article 220 de la LSSSS).

Conformément aux règlements de l'établissement, le CII est, pour chaque installation exploitée par l'établissement, responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique de l'établissement;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers;
- toute autre question que le président-directeur général porte à son attention (article 221 de la LSSSS).

Le CII adopte un règlement concernant sa régie interne. Il peut aussi adopter des règlements concernant la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins (article 222 de la LSSSS).

Le CII forme un CECII (article 224 de la LSSSS). Le CII doit constituer un conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA), (article 223 de la LSSSS). Le CII désigne un membre pour siéger sur le C.A. de l'établissement (paragraphe 4 de l'article 9 ou paragraphe 4 de l'article 10 de la LMRSSS), selon l'établissement.

Faits saillants

- Être proactif et à l'affût des changements qui toucheront la pratique infirmière et la qualité et sécurité des soins.
- Assurer la continuité du plan de communication.
- Lettres et avis.
- Accueil et intégration de la représentante de la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM.
- Utilisation optimale de la station visuelle opérationnelle/salle de pilotage.
- Maintenir la vigie sur le processus et la mise en application des PORs d'Agrément Canada.
- Assurer une présence du CECII lors de la visite d'Agrément Canada en 2019.
- Participation aux diverses activités internes du CIUSSS-EMTL dont :
 - assemblée générale annuelle le 12 juin 2019;
 - première assemblée générale du CIIA;
 - visite d'inspection professionnelle OIIQ au 2^eAB et au 6^e de l'Hôpital Santa-Cabrini Ospedale;
 - visite d'Agrément Canada;
 - conférence de Réal Jacob, professeur honoraire à HEC Montréal;
 - comité de préparation Semaine de la profession infirmière qui devait avoir lieu en mai 2020;
 - comité des pratiques professionnelles;
 - comité de gestion des risques;
 - comité consultatif immunisation;
 - participation à différentes activités externes :
 - ✓ colloque de l'Association des CII du Québec
 - ✓ congrès de l'OIIQ
 - ✓ comité consultatif régional des CII de Montréal
 - ✓ consultation et accompagnement du comité de la relève infirmière (CRI) et du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) dans la réalisation de leurs mandats
 - ✓ accueil et intégration de la représentante de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ainsi que de six nouveaux membres cooptés afin d'assurer une représentativité de toutes les directions du CIUSSS-EMTL.
- Adoption des amendements aux règlements du CECII proposés lors de l'assemblée générale annuelle, adoption des règlements du CIIA.

Avis et commentaires émis au sujet des différents protocoles, procédures et politiques

Soins et traitements de l'utilisateur atteint de cancer de la prostate recevant un traitement de curiethérapie à haut débit de dose (HDR); protocole interdisciplinaire d'application des mesures de contrôle; décompte des compresses, aiguilles, structures et mèches en salle d'accouchement; réanimation cardiorespiratoire (code bleu ou code rose); activités entourant les urgences médicales de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM); procédure en cas de bris de la chaîne de froid; gestion des médicaments personnels des usagers; influenza et politique organisationnelle et immunisation influenza et pneumocoque.

Principales recommandations et avis émis au conseil d'administration du CIUSSS-EMTL

- Demande de budget indépendant de celui de la DSI.
- Lettre d'appui aux recommandations émises par le CRI concernant les congés d'étude.
- Lettre pour appuyer la nouvelle offre de service de la DSI.

- Lettre concernant les inquiétudes du conseil en lien avec le protocole interdisciplinaire d'application des mesures de contrôle (PID-CEMTL-00007).
- Lettre de recommandation en lien avec la rétention du personnel.
- Lettre de recommandation pour diminuer les mutations de postes.
- Lettre à la directrice des soins infirmiers, au président-directeur général ainsi qu'au président du C.A. pour dénoncer les problématiques sur l'unité 301, l'unité 506 et l'urgence de l'IUSMM.
- Lettre pour appuyer les candidatures au concours d'innovation clinique de la Banque Nationale du Canada.
- Avis donnés sur l'algorithme décisionnel en situation exceptionnelle d'assaut grave d'un usager.

Contributions en contexte COVID-19 : les membres du CECII n'ont pas pu maintenir leurs activités habituelles au sein du comité. Certains membres ont également été délestés de leur poste. Toutefois, les membres du CECII ont tenu 14 rencontres téléphoniques avec le président-directeur général et la directrice des Soins infirmiers afin de répondre à leur mandat.

Perspectives pour la prochaine année

Outre les mandats et responsabilités prévus par le règlement, l'exécutif souhaite réaliser les actions et les objectifs suivants en 2020-2021 :

- Préparer les élections 2020.
- Avoir un membre désigné par direction au sein du CECII et une stabilité des membres.
- Accueillir et intégrer les nouveaux membres.
- Accroître la visibilité.
- Poursuivre le travail de collaboration avec le président-directeur général et la directrice des Soins infirmiers afin de répondre à son mandat.
- Émettre des recommandations au C.A. en prévision de la 2^e vague anticipée de COVID-19.
- Assurer un soutien aux membres durant et après la pandémie.
- Maintenir une vigie sur le maintien de la sécurité et la qualité des soins dans un contexte pandémique.
- Favoriser une meilleure efficacité fonctionnelle du CECII.

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Membres du CUCI

- Mme Jeannelle Bouffard, présidente (nomination en septembre 2018)
- Mme Umberta Canton, membre régulier
- M. Jacques Côté, membre régulier
- Mme Francesca D'Errico, membre régulier
- Mme France Girard, membre régulier
- M. Stéphane Gomard, vice-président (nomination en novembre 2019)
- Mme Lucille Le Boudier, membre régulier
- Mme Ewa Michalkiewicz, membre régulier (déléguée du CUCI au conseil d'administration et au CVQ)
- M. Rick Smith, membre régulier
- Mme Micheline Vermette, membre régulier

Le CUCI a tenu huit rencontres en 2019-2020 incluant une rencontre téléphonique en raison de la pandémie.

Faits saillants

Une planification annuelle du CUCI a été réalisée en début d'année afin de suivre l'évolution de leurs priorités d'action. Les membres ont participé et se sont impliqués grandement lors des rencontres.

Les membres ont accueilli plusieurs représentants des directions du CIUSSS-EMTL; M. Claude Riendeau, directeur à la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, M. Jean-François Guay, organisateur communautaire, Mme Dominique Gélinas, conseillère-cadre en gestion intégrée des risques et responsable du dossier de la maltraitance.

Mme Karine Girard, directrice de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ), était présente aux rencontres pour assurer le lien entre le CUCI et l'établissement. Le CUCI a également rencontré le visiteur d'Agrément Canada dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'établissement. Lors des rencontres du CUCI, les membres échangent entre autres des enjeux relatifs à la réalisation de leur mandat et de leur participation à différents comités mis en place au sein du CIUSSS-EMTL. En 2019-2020, le CUCI s'est notamment approprié une procédure pour l'allocation des budgets destinés aux projets spéciaux à partir du budget excédentaire du comité. Les membres ont d'ailleurs voté l'approbation de projets spéciaux pour certains comités des usagers continués (CUC).

En période de pandémie

Durant la pandémie de la COVID-19, 16 rencontres téléphoniques ont eu lieu à raison de deux fois par semaine à partir du 18 mars afin d'informer les membres de l'évolution de la situation, de leur partager les mesures préventives en place et de répondre à leurs questions. Les principales préoccupations des membres du CUCI y ont été abordées : la santé physique et psychologique des usagers et leurs moyens de communication avec les familles, le bilan des cas positifs de la COVID-19 et les moyens d'intervention en place selon les directives du MSSS, le suivi de l'évolution de la situation et des services offerts en milieu hospitalier, le suivi sur les cliniques de dépistage et la collaboration étroite avec les organismes communautaires du territoire, le soutien aux organismes communautaires, le respect des règles d'hygiène autant par le personnel que par les usagers et leurs proches, les droits de visite dans les CHSLD ainsi que les préoccupations relatives à l'alimentation et à la climatisation en CHSLD.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Les soins et services offerts par le CIUSSS s'articulent autour de 16 directions et une direction générale, comme en témoigne l'organigramme à la page 9. Au cours de l'année 2019-2020, chaque direction a travaillé à la réalisation de nombreux projets que nous vous présentons dans les pages qui suivent.

LES DIRECTIONS CLINIQUES

Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)

La Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées a connu une année de grands défis reliés particulièrement aux enjeux de l'urgence sanitaire de la pandémie de COVID-19.

Au-delà de cette période difficile, la DSAPA a poursuivi le développement des services de soutien à domicile, pour répondre aux besoins grandissants de la population, et a poursuivi les travaux du projet clinique en CHSLD.

La DSAPA continue activement sa collaboration avec les partenaires de la Direction de santé physique du réseau de l'hébergement et des ressources intermédiaires (RI) de l'Est de Montréal afin de diminuer le nombre de personnes ayant le statut de niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers. En collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 156 places en RI et 64 en CHSLD ont été développées (temporaires et permanentes). Très active en centres hospitaliers également, la Direction a aussi planifié les congés des usagers grâce aux équipes de planification précoce et conjointe des congés (PPCC), et ce, en vue de favoriser un retour à domicile, dans de meilleurs délais, suite à leur séjour à l'hôpital.

L'équipe de direction, associée à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, a consolidé l'important plan d'action sur la gestion intégrée de la présence au travail pour chacun de ses services.

Les équipes des CHSLD et des services de soutien à domicile (SAD) ont aussi grandement contribué, avec la Direction de l'enseignement universitaire et l'équipe médicale, à consolider l'implantation des unités de formation continue interdisciplinaire universitaire pour la formation des résidents en médecine.

Les principales réalisations de l'équipe du continuum des services clientèle

- Des travaux ont été réalisés en SAD portant sur l'amélioration et la bonification de la structure d'encadrement clinique des pratiques en soins infirmiers, psychosocial et en réadaptation. Les travaux sont faits en collaboration avec les deux directions des pratiques professionnelles impliquées par les améliorations ciblées.
- La mise en place du Guichet accès aux personnes en perte d'autonomie (GAPPA) centralisé pour toutes les demandes de soutien à domicile provenant des trois réseaux locaux de services (RLS).
- Le déploiement d'un plan de formation sur les troubles neurocognitifs (TNC) pour l'ensemble des professionnels de la direction adjointe. Des formations théoriques et des communautés de pratique sont instaurées afin d'actualiser l'objectif principal du plan de formation, soit l'amélioration des connaissances et la prise en charge des personnes atteintes d'un TNC.
- La tenue d'une activité de reconnaissance ayant comme objectif de reconnaître les réalisations des équipes de la direction adjointe. Vingt-cinq équipes de tous les secteurs de la direction

- adjointe ont enregistré une courte vidéo de présentation de leurs projets et un vote à travers la direction a permis d'identifier les grands gagnants qui ont été dévoilés lors de la soirée de gala.
- Durant la pandémie, création de plusieurs entités en fonction des divers besoins de la clientèle pour pallier aux services délestés :
 - centrale d'appels SAD pour effectuer des appels avant la visite à domicile planifiée afin de s'assurer que l'utilisateur ne présentait aucun symptôme de la COVID-19;
 - équipe Bureau intervention précoce (BIP) assurant le suivi de la clientèle sur les listes d'attente en réadaptation et en psychosocial pour les services du SAD;
 - équipe d'infirmières/professionnels pour dépister et prendre en charge les usagers atteints de la COVID-19 à domicile;
 - équipe "SWAT" déployée en ressources non institutionnelles (RNI) et en résidences privées pour aînés (RPA) pour soutenir les résidences affectées par la COVID-19;
 - équipe de repérage de la vulnérabilité psychosociale et réadaptation en RPA.
 - Toujours en contexte de pandémie, ouverture d'un site non traditionnel (SNT) de soins pour accueillir les usagers des RI et des RPA qui ne pouvaient respecter les mesures de confinement. Au total, 165 usagers ont bénéficié du SNT. De plus, des zones chaudes et tièdes ont été mises en place sur les différentes unités d'hospitalisation et de réadaptation pour protéger la clientèle. Les unités de soins palliatifs quant à elles ont maintenu leur statut de zone froide.

Les principales réalisations de l'équipe de l'hébergement

- La direction a poursuivi des travaux pour réaliser le projet clinique dans les 15 CHSLD du CIUSSS et répondre aux engagements du président-directeur général à la suite du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD.
- Onze visites régulières du MSSS sur l'évaluation de la qualité des milieux de vie ont été tenues pendant l'année.
- La direction a poursuivi ses représentations auprès du MSSS pour les projets majeurs de construction concernant trois CHSLD vétustes, à savoir les CHSLD Nicolet, Jeanne-Le Ber et Benjamin-Victor-Rousselot.
- Des actions importantes ont été réalisées pour améliorer les services aux personnes avec des symptômes comportementaux psychologiques reliés à la démence par la création de trois nouveaux micro-milieux.
- La 2^e phase du projet OPUS-AP a été déployée dans trois CHSLD pour diminuer l'utilisation des psychotropes chez la clientèle souffrant de démence.
- Des travaux ont été amorcés pour l'implantation en CHSLD des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne.
- Les équipes ont poursuivi l'implantation de l'approche relationnelle de soins auprès des résidents, notamment par le développement de plans d'interventions individuelles spécifiques à l'approche non pharmacologique, dans toutes les unités de vie.
- La mise en place de la programmation des soins palliatifs dans tous les CHSLD, selon le plan quinquennal.
- Les équipes ont débuté le déploiement du projet sur l'amélioration des soins buccodentaires dans l'ensemble des CHSLD.
- Un post-mortem, suite à l'urgence sanitaire de la COVID-19, et un plan d'action précis pour la préparation à la 2^e vague ont été réalisés.

Enjeux et priorités de la Direction du programme SAPA

- Déployer le plan d'action pour diminuer au maximum l'impact d'une 2^e vague de la pandémie de la COVID-19.

- Consolider les projets majeurs de construction avec le MSSS pour les trois CHSLD vétustes, c'est-à-dire les CHSLD Nicolet, Jeanne-Le Ber et Benjamin-Victor-Rousselot.
- Poursuivre les travaux du virage santé en soutien à domicile pour mieux desservir la clientèle vieillissante et malade qui nécessite un suivi de santé serré.
- Poursuivre le repérage de la clientèle vulnérable dans d'autres milieux que les résidences privées pour aînés, soit en partenariat avec les groupes de médecine de famille (GMF), les pharmacies communautaires, les organismes communautaires.
- Répondre aux besoins importants d'une main-d'œuvre en santé.
- Poursuivre la réalisation du projet sur la gestion intégrée de la présence au travail.
- Poursuivre le déploiement du projet sur l'amélioration des soins buccodentaires dans l'ensemble des CHSLD.
- Réaliser le déploiement de la 3^e phase du projet OPUS-AP.
- Intégrer plus de 1 000 nouveaux préposés aux bénéficiaires en CHSLD en révisant leur rôle au regard de l'animation du milieu de vie, l'approche non pharmacologique et l'augmentation de la qualité des soins et services.

Direction des programmes de déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique (DI-TSA et DP)

Les principales réalisations de la Direction des programmes de DI-TSA et DP

Cette année, le respect du délai d'accès a connu une amélioration de 5,5 % pour les premiers services offerts à la clientèle qui présente une déficience physique (DP) à 89,8 %. Le respect des délais pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) est demeuré stable autour de 73 %. La cible étant de 90 %.

Le partenariat s'est poursuivi avec les comités de concertation entre les organismes communautaires en déficience intellectuelle, en trouble du spectre de l'autisme, en déficience physique et les cinq CIUSSS montréalais. Les objectifs de ces comités de concertation visent à mettre en place des collaborations entre le réseau et les organismes communautaires afin de répondre aux besoins de la clientèle DI-TSA-DP. Les principaux objectifs de cette année ont touché la réalisation d'un lexique des termes et des concepts cliniques les plus utilisés en DI-TSA, un document synthèse des services spécifiques et spécialisés offerts par les établissements et un aide-mémoire identifiant nos mécanismes de communication et de références entre les organismes communautaires et les cinq CIUSSS de Montréal.

Issu des travaux de la Table régionale-RAIS DP DI-TSA, un plan d'action 2019-2020 a été convenu entre les cinq CIUSSS qui ont identifié quatre priorités de travail, soit :

1. les critères des services spécifiques, spécialisés et surspécialisés à Montréal;
2. le continuum 0-7 ans DP DI-TSA;
3. le continuum résidentiel adulte DI-TSA;
4. le comité régional de concertation entre les organismes communautaires en DI-TSA et les directions de la région de Montréal.

À l'automne 2019, ont débuté les travaux provinciaux portant sur la mise en place d'une gamme de services intégrés et hiérarchisés pour répondre aux besoins évolutifs de la clientèle DI-TSA-DP. La Direction a reçu l'aval pour amorcer un projet en partenariat avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal qui vise la mise en place d'une offre de service intégrée pour la trajectoire des enfants de 0 à 6 ans du territoire du CIUSSS. En 2019-2020, les travaux de l'équipe projet inter CIUSSS ont permis de convenir du processus clinique souhaité et d'avancer l'élaboration des contenus cliniques pour chaque modalité de service. L'implication des familles a permis de valider les forces et les enjeux des services actuels et soutenir les orientations données.

Du côté des équipes d'intervention précoce, l'objectif poursuivi d'harmoniser les services entre les trois équipes a été réalisé. Étant donné le contexte de la pandémie, son actualisation sera complétée cet automne. Avec les investissements Agir Tôt à l'été 2019, une quinzaine d'employés, de titres d'emplois différents, ont été ajoutés dans le service d'intervention précoce.

Le projet mobilité a été mis en place au CLSC de l'Est-de-Montréal en novembre 2019. Parmi les moyens mis à contribution pour optimiser la prestation des services aux usagers, nous avons privilégié des avenues d'organisation du travail, dont l'intégration de ressources technologiques et matérielles. L'objectif est d'en tirer le plus d'efficacité possible afin d'améliorer l'expérience client, tout en enrichissant l'expérience employé. Dans un contexte de mobilité, le travail à distance devient à la fois un levier pour optimiser la prestation de services et également de nouvelles balises afin que les employés, tout comme les gestionnaires, puissent l'actualiser avec succès et en assurer la pérennité.

Il est important de préciser que les services de la direction sont maintenant dotés de stations visuelles opérationnelles (SVO) et la pratique est bien intégrée dans les équipes. De plus, les équipes de la direction ont participé à plusieurs projets de recherche, entre autres, au sujet de la transition vers le scolaire pour les enfants TSA (Mélanie Rivard, chercheure), la transition école vie active (TEVA) pour les adultes TSA à la fin de la scolarité, et REPAIRS (Pierre-Luc Turcotte, projet

doctoral) sur la compréhension et la mise en œuvre de pratiques ergo. thérapeutiques émergentes favorisant la participation sociale des personnes DP vieillissantes.

Finalement pour l'année 2019-2020, on constate :

- une augmentation du nombre de familles recevant le programme de soutien à la famille qui atteint maintenant 1 800 familles;
- 706 nouvelles demandes ont été traitées au Guichet d'accès DI-TSA et DP sensorielle.

Dans le contexte de la pandémie, l'organisation de nos services a été ajustée en fonction des directives reçues et des priorités organisationnelles, entre autres, le délestage des employés dans les secteurs critiques. Les activités réalisées ont été :

- l'identification de la clientèle vulnérable et le suivi systématique en personne ou à distance;
- le suivi systématique et régulier de la liste d'attente;
- la priorisation des usagers pour qui la situation a requis le début des services ou des mesures d'appoints;
- l'adaptation des services en direct, dans le respect des mesures sanitaires;
- un soutien financier pour certaines familles ayant besoin de gardiennage.

Priorités

- Pour la prochaine année, en fonction de la reprise des activités postpandémie et tant sur le plan provincial que régional, les travaux entourant la mise en place d'une gamme de services intégrés devraient être porteurs de changements pour la clientèle et leurs proches.
- Dans le cadre de l'entente MELS-MSSS, des travaux provinciaux concernant les usagers en situation de risques ou de ruptures de fonctionnement ont débuté cette année et se poursuivront l'année 2020-2021. Au CIUSSS, un comité interdirection jeunesse et DI-TSA-DP, vient de se mettre en place et aura pour mandat de faciliter l'accès et l'arrimage des services avec l'utilisateur, sa famille et le milieu scolaire.
- En 2018-2019, en collaboration avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, la direction s'est engagée dans le développement d'une offre de service unifiée en intervention précoce auprès des enfants, de la naissance à six ans, ayant des retards significatifs de développement (retard global de développement, hypothèse TSA, TSA, déficience intellectuelle ou déficience physique) pour l'Est de l'île de Montréal. Les travaux doivent se terminer en 2020-2021.
- Finalement, avec la mise en place d'un guichet d'accès en déficience physique motrice, des intervenants de notre direction seront dédiés, à la fin des travaux, aux fonctions reliées à l'accès et pourront ainsi traiter l'ensemble des demandes orientées vers notre programme.

Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI)

La Direction des programmes en santé mentale, dépendance et itinérance a poursuivi cette année son important plan de transformation de son offre de service. Fondé sur les enjeux populationnels et les besoins des personnes utilisatrices de services du territoire, ce plan vise à établir un équilibre entre une offre de service davantage déployée dans la communauté, à proximité des citoyens, et une offre de service d'hospitalisation et de services spécialisés utilisés davantage comme parcours d'exception, lorsque toute autre mesure de rechange a été envisagée. Nous avons également développé notre mission universitaire par la création d'un bureau de la mission universitaire de l'IUSMM.

Les principales réalisations des différentes équipes

Direction adjointe Programme services portails et hébergement

L'IUSMM est devenu un des cinq sites précurseurs de l'implantation du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). Il doit ainsi jouer de son leadership auprès des directions cliniques et des partenaires de l'établissement. L'année 2019-2020 a également été marquante, sous le signe de la réorganisation et du rassemblement des services de deuxième ligne vers l'IUSMM, de l'amélioration de l'arrimage entre l'urgence psychiatrique et les services de santé physique et de la préparation et l'actualisation de la visite d'Agrément Canada.

Programme services portails

- **Équipe de santé mentale en CLSC**
 - Déploiement de l'offre de service en CLSC, notamment par la mise en place d'un groupe d'intervention pour les troubles relationnels en télésanté.
 - Adaptation de l'offre de service en réponse au Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM).
 - Poursuite des travaux d'optimisation des processus pour les guichets d'accès en santé mentale.

- **Urgence**
 - Amélioration du corridor de services entre l'urgence générale (santé physique) et l'urgence psychiatrique.
 - Amorçage d'une démarche de révision de l'organisation de services et des pratiques.
 - Ouverture en début d'année de l'unité d'intervention brève au Pavillon Bourget. Cette unité de 10 lits a permis d'offrir de courts séjours hospitaliers aux usagers et favoriser leur retour dans leur milieu de vie. Une trajectoire de services pour les usagers P4 et P5 a été mise en place permettant ainsi de réorienter ces patients vers leurs équipes traitantes ou vers les services de la communauté, évitant ainsi des hospitalisations.

- **Équipe mobile Résolution et Centre de crise Émile-Nelligan**
 - L'équipe mobile Résolution a reçu 8 339 appels. L'équipe est également engagée dans un protocole de suivi étroit pour les usagers qui ont fait une tentative de suicide. Ce protocole permet d'offrir des rencontres de suivis très rapprochées à ces usagers pour une durée de trois mois et ainsi favoriser leur mieux-être.
 - 793 hébergements de crise ont été offerts au centre de crise, pour une durée moyenne de séjour de 48 à 72 heures. Également, pour cette même année, plus de 10 577 appels ont été réalisés à son service de soutien téléphonique auprès de la clientèle.

- **Équipe Proxi-itinérance**

- Ajustements de la nouvelle programmation clinique qui permettra de rejoindre davantage la clientèle vulnérable qui se trouve en situation précaire ou d'itinérance.

Programmes services hébergement

Du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020, 351 personnes différentes ont été admises dans le réseau résidentiel en santé mentale de Montréal. Ce nombre représente 12 % du nombre total de places. De plus, 145 autres personnes ont été relocalisées à l'intérieur du même réseau. Par conséquent, près de 20 % de mouvements d'utilisateurs ont été réalisés au sein du réseau résidentiel au cours de l'année.

Nous avons modifié notre offre de service pour assurer une plus grande fluidité et offrir des services adaptés aux usagers ayant un profil gérontopsychiatrique en attente au mécanisme d'accès régional (MAR). Au cours de l'année, nous avons généré 63 mouvements pour cette clientèle, dont plus de 40 mouvements de janvier 2020 à aujourd'hui.

Nous avons aussi procédé à l'ouverture de 70 places d'hébergement en santé mentale. En plus de transformer la ressource d'établissement Charlemagne 2 en ressource intermédiaire, nous avons procédé à son déménagement dans la communauté le 3 juin dernier.

Direction adjointe programme services spécialisés

Programmes services ambulatoires

- **Équipes mobiles**

- Efforts importants consentis dans la stabilisation des équipes permettant une meilleure atteinte des cibles de performance.
- Dotation de quatre postes de pairs aidants dans les équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM).
- Bonification des équipes mobiles en période COVID-19 par l'ajout de personnel en provenance d'autres secteurs de la DPSMDI afin de répondre aux besoins des usagers.

- **Troubles psychotiques | Recherche en pharmacologie et en psychiatrie**

- Transformation en cours de l'offre de service afin de favoriser un suivi plus agile des usagers au congé de l'hospitalisation et également, afin de soutenir la continuité des interventions par le même intervenant à domicile et à l'IUSMM.
- Révision de la programmation clinique en cogestion médicale.
- Organisation du 1^{er} Colloque portant sur l'autocompassion.
- Participation à une étude clinique permettant la collecte de données sur l'utilisation de traitements pharmacologiques injectables approuvés par Santé Canada et déjà sur le marché, visant une connaissance des effets à long terme de ces traitements, de leurs effets secondaires et leurs impacts sur la condition clinique, le fonctionnement et la qualité de vie des usagers.
- Participation à une étude clinique visant à tester les effets bénéfiques de la stimulation magnétique transcrânienne (TMS) individualisée, afin de contrer les déficits de mémoire de travail.
- Participation à des études cliniques commanditées par l'industrie pharmaceutique s'inscrivant dans le programme de développement de nouvelles molécules, non commercialisées pour l'instant, ciblant la prévention des rechutes en schizophrénie.

- **Troubles relationnels et de la personnalité | Recherche clinique**

- Organisation et participation au colloque des troubles de personnalité en septembre 2019 conjointement avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

- Poursuite du projet explorant le rôle de l'activité physique dans la régulation émotionnelle en contexte de trouble de personnalité limite.
- L'équipe du Service des troubles relationnels contribue également à la formation et à la supervision de différents partenaires du réseau. Un soutien clinique est offert, notamment aux centres jeunesse et à Tel-jeunes (interventions téléphoniques et par messagerie texto).
- **Module 12-25 ans | Poursuite de la mise en fonction de l'équipe Connec-T**
 - Couverture de services en place pour les 18 à 35 ans.
 - Amorçage de la démarche permettant l'autoréférencement par la clientèle.
- **Continuum de services en dépendance**
 - La DPSMDI se donne les moyens de créer un continuum de services en dépendance intégrés. Les services de prévention de la dépendance, de la Clinique de traitement par agonistes opioïdes (ouverte en mai 2019) et de la Clinique des troubles concomitants, santé mentale-dépendance sont maintenant regroupés sous une même direction adjointe.
 - La collaboration étroite avec le CRDM prévoit l'accueil de 11 intervenants du CRDM à l'IUSMM. Ces intervenants s'ajoutent à ceux déjà présents dans les installations du CIUSSS.
- **Clinique des troubles concomitants**
 - Révision de la programmation clinique amorcée afin de repositionner le rôle surspécialisé de cette clinique.
 - Accueil de nouveaux intervenants en provenance du CRDM.

Programme services hospitaliers

- **Unités d'hospitalisation**
 - Rapatriement sous la Direction des programmes santé mentale dépendance et itinérance de l'unité 401 spécialisée en concomitance santé mentale et santé physique.

Direction adjointe bureau de la mission universitaire de l'Institut et des programmes surspécialisés

Bureau mission universitaire (MU), partenariat patient en santé mentale, et centre d'excellence en électroconvulsivothérapie du Québec (CEECTQ)

L'année 2019-2020 a vu la création du bureau de la mission universitaire au sein de la DPSMDI. Lors de cette première année d'existence, l'équipe du bureau de la mission universitaire a élaboré une première version de son offre de service, et également conçu les outils pour faciliter l'actualisation de son mandat. Une tournée de communication a été entamée auprès des équipes des différents partenaires avant que la crise sanitaire oblige l'équipe à revoir les stratégies de communication et priorités d'action. Le bureau de la mission universitaire a également accueilli de nouvelles ressources, permettant d'améliorer la capacité de production du service, notamment en évaluation des technologies et modes d'intervention (ETMI).

Dans les projets et réalisations, plusieurs projets ont été démarrés et certains ont été finalisés. On peut nommer le rehaussement de l'outil Redcap fait en collaboration avec la Direction des ressources technologiques et la Direction de la recherche qui permettra de faciliter les études et projets de recherche qui requièrent des collectes de données à l'extérieur des installations du CIUSSS. Plusieurs produits ETMI ont été réalisés au cours de l'année, dont des projets de collaboration, une première pour notre unité. Nous avons entamé cette année des collaborations avec deux partenaires : l'INESSS¹ et l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. Nos

¹ Institut national d'excellence en santé et service sociaux

publications sont accessibles sur le site Internet du CIUSSS². Enfin, l'IUSMM a accueilli, à l'automne 2019, un colloque sur l'autocompassion en psychothérapie. Organisé par D^{re} Bernazzani et son équipe, l'événement a eu un franc succès et certaines journées du colloque ont d'ailleurs fait salle comble.

Partenariat patient

Durant la dernière année, 32 activités et initiatives au sein de la DPSMDI ont impliqué un total de 38 patients partenaires différents. Cette implication a pour objectif de s'assurer de placer le patient au cœur des discussions dans certains comités, projets et travaux. De plus, les patients partenaires ont pu compter sur le groupe *Reprendre Pouvoir*, groupe par et pour les patients, soutenu par la DPSMDI. Ce groupe a notamment présenté un atelier sur « la prise de parole commune » au colloque de l'AQRP. Enfin, lors du passage d'Agrément Canada à l'automne, notre culture de partenariat avec nos usagers, impliqués tant dans leurs soins et services que dans les projets cliniques et organisationnels de planification des services en santé mentale, dépendance et itinérances, a été soulignée comme étant un point fort.

Le bureau MU contribue au CEECTQ

Afin de mener à bien un projet d'envergure sur le suivi de la qualité de la pratique de l'électroconvulsivothérapie (ECT) au Québec, basé sur le recueil de données médico-administratives, cliniques et sociodémographiques en contexte réel, les membres du CEECTQ (Dr Alain Lesage, Dr Simon Patry et Morgane Lemasson) et leurs nombreux collaborateurs (INSPQ, CERVO, centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), Université Laval, Université de Montréal, Université McGill) ont obtenu en août 2019 la subvention Partenariat d'innovation Québec-Janssen du Fonds de recherche du Québec-Santé (FQRS) d'une valeur de 245 044,00 \$. Ce projet, de portée provinciale, jamais réalisé auparavant utilisera des pratiques scientifiques modernes et une méthodologie innovante (intelligence artificielle).

Dans le cadre de son projet de développement d'un système de collecte de données d'ECT au Québec, le CEECTQ a réalisé une enquête transversale, par questionnaires auprès de l'ensemble des services d'ECT afin d'établir un état des lieux des processus de collecte de données d'ECT utilisés dans les établissements délivrant des traitements par ECT dans la province de Québec, les données qu'ils recueillent et à identifier les attentes et les besoins du réseau. Ce travail a fait l'objet d'un article scientifique publié dans une revue prestigieuse à comité de pairs ((HAESEBAERT J, MORENO A, LESAGE A, PATRY S, LEMASSON M (2020) A descriptive study of data collection systems used in electroconvulsive therapy units in the province of Quebec, Canada. JECT020 Mar;36(1):36-41).

Le CEECTQ a organisé le 14 septembre 2019 un symposium international « *What do we know and what do we need to know about ECT practice in Quebec?* » Dans le cadre du 69^e Congrès annuel de l'Association canadienne de psychiatrie (*Canadian Psychiatric Association (CPA)*), Québec afin d'ouvrir une discussion globale sur les besoins de collecte de données d'ECT, ici et ailleurs, et sur les modèles de registres les plus adaptés, les risques et les obstacles ainsi que sur les bénéfices d'une telle initiative.

Première au Québec et même au Canada, le CEECTQ a offert en décembre et janvier 2019-2020, une formation théorique et pratique de développement professionnel continu sur l'ECT à l'ensemble des professionnels de la santé œuvrant en ECT en collaboration avec l'Université Laval.

Le CEECTQ a fondé cette année le premier réseau québécois d'ECT (RECTQ) regroupant déjà 94 psychiatres administrant de l'ECT dans l'ensemble des régions administratives du Québec et qui a donné, le 4 mars 2020, le premier webinaire destiné aux psychiatres et anesthésiologistes du Québec de sa nouvelle communauté de pratique.

² <https://ciuss-estmtl.gouv.qc.ca/ressources/documentation/qualite-des-services>

Programmes services surspécialisés 2019-2020

- **Programme de psychiatrie neurodéveloppementale adulte (PPNA)**

Anciennement connu sous le nom de programme de psychiatrie en déficience intellectuelle, ce secteur a un chantier en cours de renouveler l'offre de service. De façon générale, les efforts se sont concentrés sur l'amélioration de la qualité de l'acte et du travail d'équipe de concert avec les directions soutien (Direction des services multidisciplinaires, Direction des soins infirmiers et la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques) :

- actualisation de la programmation clinique de chaque unité;
- actualisation des matrices de rôles des PAB, éducateurs et infirmiers.

Unité de traitement de réadaptation intensive (UTRI)

L'année 2019-2020 a été, pour les UTRI, une année riche en changements en cohérence avec sa nouvelle définition de services surspécialisés en santé mentale. En effet, en ayant transité de la coordination des services ambulatoires spécialisés à la coordination des services surspécialisés, les UTRI se positionnent dorénavant comme un programme ayant un mandat régional clair d'offre de services surspécialisés desservant les usagers avec profils cliniques complexes du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal et de la Montérégie.

Psychiatrie légale

En mars 2020, nous avons célébré la première année de l'ouverture de l'unité de psychiatrie légale. Les faits saillants relevés sont :

- le développement d'une programmation d'activités de réadaptation et de prévention des comportements violents, notamment par des groupes thérapeutiques de gestion de la colère, gestion du stress, toxicomanie ainsi que de nombreuses activités sportives, culinaires, artistiques où l'efficacité est suivie par la recherche;
- une mention d'honneur lors du dernier passage d'Agrément Canada à l'automne dernier;
- un reportage télévisé au Téléjournal de Radio-Canada et une mention lors du dernier bilan de la fondation de l'IUSMM.

Enjeux et priorités de la direction

La direction doit poursuivre son grand plan de transformation des services. L'accès aux services de santé mentale de première ligne demeure un enjeu important qui sera priorisé dans la prochaine année.

Le développement d'équipes de proximité est également une priorité. L'ouverture de l'unité de psychiatrie légale en mars 2019 qui offre un service régional amènera aussi la direction à poursuivre ses travaux sur la hiérarchisation des services de psychiatrie légale dans les prochains mois, en collaboration avec le MSSS.

Enfin, le maintien de la désignation d'Institut universitaire en santé mentale sera une priorité dans la prochaine année et, par le fait même, tous les travaux entourant la mission universitaire en santé mentale.

Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique (DPJASP)

Principales réalisations du continuum naissance

Accueil de stagiaires sages-femmes

La construction d'une maison de naissance, juste à côté du CLSC de Mercier-Est, contribuera à améliorer l'accessibilité au suivi de grossesse de première ligne sur notre territoire; l'ouverture étant prévue pour l'automne 2020. En ce sens, nous accueillons à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, des étudiantes sages-femmes inscrites au programme de baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Forte d'une approche concertée entre les représentants de l'UQTR, la responsable du service de sage-femme, l'équipe médicale et les équipes de périnatalité ainsi que la Direction de l'enseignement, cette expérience très positive se poursuivra en continuité.

Formation sur la prise en charge de la clientèle GARE

À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), en plus du suivi de grossesse à risque élevé (GARE) en clinique ambulatoire, l'hospitalisation anténatale pour une GARE est une option de suivi requise lorsque l'état de santé nécessite une surveillance étroite ou un traitement actif. Suivant l'actualisation tertiaire de niveau 3A de l'unité de soins intensifs néonatale en 2014, l'arrivée de médecins spécialisés en médecine fœto-maternelle et la hausse du nombre de naissances à l'HMR, le nombre d'hospitalisations anténatales GARE a augmenté à l'unité mère-enfant depuis les dernières années. Afin de développer l'expertise de notre personnel et viser des pratiques d'excellence, la formation spécifique en grossesse à risque élevé a été révisée et adaptée à notre réalité de centre tertiaire. La totalité de notre personnel infirmier dédié à cette clientèle a reçu la formation qui a été très pertinente.

Politique d'allaitement maternel et formation harmonisée

C'est avec fierté que nous avons effectué la mise en place d'une politique d'allaitement maternel qui s'applique à toutes les mères et futures mères, à leur bébé ainsi qu'à leur famille qui reçoivent des soins et des services ou visitent les installations de notre CIUSSS. Celle-ci est en accord avec les initiatives reposant sur les meilleures pratiques en matière d'allaitement. Nous poursuivons la coordination de nos actions afin que l'allaitement maternel et les services de soutien soient connus, fonctionnels et déployés de façon optimale sur notre territoire. À titre d'exemple, nous offrons une formation sur l'allaitement maternel qui est harmonisée et offerte à tout notre personnel en soins infirmiers. Celle-ci étant inclusive, nous avons du personnel du milieu CLSC et de notre centre hospitalier qui y assiste ensemble. Nous travaillons actuellement à offrir du soutien en allaitement par des conseillères en lactation.

Principales réalisations du continuum pédiatrique

Mise en place d'une clinique de suivi néonatal

Étant reconnue comme étant un centre tertiaire de niveau 3A depuis juin 2016, l'unité de soins intensifs néonataux effectue la prise en charge des nouveau-nés de 26 semaines et plus. Cette clientèle a des besoins d'évaluation réguliers et des soins spécialisés. La clinique de suivi néonatal a été créée en collaboration avec deux néonatalogistes et différents professionnels. Nous avons établi des fréquences de suivis selon les stades de développement de l'enfant.

Ces suivis sont effectués en équipe multidisciplinaire. Des outils à distribuer pour la clientèle ont été créés et harmonisés. Nous avons consolidé le travail de l'infirmière clinicienne qui coordonne plusieurs services afin de répondre aux besoins complexes de cette clientèle. Une augmentation constante du volume est prévue pour cette clinique au cours des prochaines années et ce sont actuellement 230 enfants qui bénéficient de la clinique de suivi néonatal. Cette offre de service est grandement appréciée par les parents.

Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (PQDSN)

Depuis le 16 janvier 2019, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a débuté sa participation au PQDSN et est désormais reconnu à titre de centre de dépistage. Ce programme vise à détecter précocement la surdité présente à la naissance, puis à initier les interventions thérapeutiques et de réadaptation nécessaires avant l'âge de six mois. Ce programme a connu une implantation complexe due à des normes strictes de qualité et d'homogénéité. Il a nécessité un important travail de collaboration entre les équipes de notre CIUSSS, le MSSS, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et le Centre universitaire de Santé McGill, notamment pour le déploiement du système d'information nécessaire au suivi.

Projet de saines habitudes de vie

Sensible au bien-être et à la santé des jeunes âgés de 0 à 17 ans, l'équipe souhaite plus que jamais accentuer les efforts au chapitre de la prévention, de la sensibilisation et de la promotion des saines habitudes de vie. En ce sens, un projet de saines habitudes de vie a été implanté, en collaboration avec une école sur le territoire de la Pointe-de-l'Île en 2019, avec la contribution de l'entreprise Métro.

De plus, les enfants ayant des maladies chroniques et de surpoids ont été ajoutés au projet. Plus de 51 enfants ont actuellement un suivi avec notre kinésiologue et l'équipe médicale. Suite à quelques cohortes, les résultats sont très positifs; certains parents ayant remarqué des modifications reliées aux habitudes de vie de leur enfant, et ce, même quelques semaines après la fin du projet. Nous prévoyons débiter diverses actions de promotion et de communication, lesquelles permettront un déploiement plus large du projet dans les écoles de notre territoire. Nous finalisons des capsules visuelles afin de sensibiliser et encourager les enfants à développer de saines habitudes de vie.

Principales réalisations de l'équipe des services préventifs et généraux à la petite enfance et à la jeunesse

Déploiement du nouveau cadre de référence pour les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (programme SIPPE)

Le programme SIPPE a pour objectif de favoriser le développement global des enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité par des services de promotion et de prévention individualisés, précoces, intensifs et de longue durée. La révision des critères d'admissibilité, qui ont été assouplis, ainsi que la modulation des modalités d'intervention permettra de rejoindre plus de familles vulnérables. Un atelier d'appropriation de ces nouveaux critères a été animé en janvier 2020 par la Direction régionale de santé publique (DRSP) auprès de l'équipe clinique. Durant la pandémie, le service est demeuré actif et disponible pour l'ensemble de nos familles. Celles-ci ont pu bénéficier d'une offre de service téléphonique adaptée et de visites à domicile essentielles.

Accompagnement INSPQ pour la révision de l'organisation des services de vaccination 0-5 ans et mention rapport Agrément Canada

Afin d'élaborer des stratégies pour poursuivre l'amélioration du taux de vaccination des enfants 0-5 ans, nous avons mis en place un comité de travail avec différents acteurs des directions concernées, et ce avec l'accompagnement de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la DRSP. De ce comité sont ressorties des pistes d'amélioration au niveau de l'arrimage et de la fluidité du processus de vaccination qui ont pu être mis rapidement en application et ainsi sensibiliser les différents acteurs à l'importance de leur rôle dans le processus vaccinal. Les résultats des efforts collectifs ont même été soulignés par le visiteur d'Agrément, Dr Simard : *« L'équipe périnatalité 0-5 ans a aussi un titre de gloire qui lui mérite de chaleureuses félicitations : elle est la meilleure au Québec pour la couverture vaccinale de sa clientèle »*. De plus, notons que la vaccination infantile a maintenu l'accès à ses services durant la pandémie.

Importante mobilisation des équipes hygiénistes dentaires en milieu scolaire et des infirmières scolaires

Depuis les deux dernières années, des efforts ont été déployés par la DRSP afin de réviser les différents rôles professionnels des hygiénistes dentaires en milieu scolaire ainsi que des infirmières scolaires. Le programme des hygiénistes, qui consistait à un dépistage buccodentaire systématique et à l'application de scellant dans les écoles les plus vulnérables, a été déployé dès le mois de septembre.

Lors de la pandémie, on se doit de souligner l'importante mobilisation et agilité des équipes d'hygiénistes dentaires et des infirmières scolaires qui ont été délestées au niveau des enquêtes épidémiologiques à la DRSP et aux cliniques de dépistage. Une mention particulière aux hygiénistes qui ont également été en support comme aide de service en CHSLD. De plus, afin de prévenir la gestion des éclosions dans les services éducatifs, certaines infirmières ont été mises à profit pour soutenir nos 306 services éducatifs dans la mise en place des mesures sanitaires.

Principales réalisations de la coordination jeunes en difficulté et santé mentale

Visite de l'agrément pour le volet Programme services jeunesse : jeunes en difficulté et services pour la santé mentale en communauté

La dernière année a été marquée par la visite de l'agrément pour le volet Jeunesse. Les équipes, les familles et les partenaires ont contribué à l'atteinte de résultats impressionnants. Avec 100 % de conformité au niveau des pratiques organisationnelles requises, les visiteurs ont souligné la constante préoccupation qui se dégage des équipes Jeunesse pour offrir des soins et services de qualité. Ils ont souligné que les trajectoires sont révisées régulièrement afin d'optimiser constamment les délais pour les usagers, que le souci de partenariat habite tout le personnel et les gestionnaires, que les changements auxquels nous sommes confrontés sont endossés positivement comme occasion de dépassement et d'amélioration. Bref, la visite d'Agrément est venue confirmer que notre souci constant envers les usagers et le personnel porte ses fruits.

Agilité à faire face à la pandémie

Lors de l'annonce du confinement, les équipes Jeunesse ont aussitôt emboîté le pas afin d'assurer une couverture clinique à toute la clientèle jeunesse et famille, tant celle déjà desservie que celle en attente de services. Tous les jeunes et les familles ont été contactés afin de vérifier leur état général, leur état de santé et de santé mentale, leur état familial, etc. Le personnel a tenu la cadence tout au long du confinement et avec le soutien de leurs chefs, le personnel a déployé de nouvelles stratégies d'intervention technologique : Zoom, Teams, etc. L'orthophoniste a contribué en offrant sa conférence directement en ligne aux parents en attente de service. Tous les parents participants ont répondu très positivement à ce nouveau moyen de mise en relation d'aide. Des activités de groupe restreint ont été bâties afin de rejoindre la clientèle jeunesse au courant de l'été et en prévision de la rentrée scolaire qui sera probablement teintée de différentes difficultés, dont le stress et l'anxiété.

Développement de capsules pour rejoindre les parents et les jeunes en temps de pandémie

Durant la période de pandémie, nous avons eu l'opportunité de nous adresser directement aux parents de l'organisation, mais aussi à tous les parents vivant cet isolement, sur des thèmes pouvant leur être utiles afin de mieux vivre le confinement auprès de leurs enfants. Certaines capsules ont été directement enregistrées pour les jeunes eux-mêmes. Par la suite, des capsules vidéos ont été préparées pour compenser les activités qui avaient lieu en présentiel auprès des partenaires scolaires dans l'accueil des enfants et de leurs parents, lors de la rentrée à l'école en prématernelle et maternelle.

Neuf capsules enregistrées et mises en ligne afin de rejoindre les parents et leurs jeunes :

- Préparer nos tout-petits au retour à la garderie;
- L'importance d'une routine avec les enfants;

- Motiver mon ado aux tâches scolaires;
- Jeux et réseaux sociaux / une nétiquette pour tous;
- Quand son ado va moins bien;
- Déconfinement / ce que ça représente pour les ados;
- Gérer les écrans de nos enfants;
- Mieux planifier les activités des enfants;
- Les émotions des enfants.

Quatre capsules ont été transmises à nos partenaires scolaires pour les « Bienvenue à la Maternelle » :

- Favoriser l'entrée à la maternelle;
- *Welcome to kindergarten*;
- Bienvenue! La santé à la maternelle;
- Bienvenue! L'hygiène dentaire à la maternelle.

Principales réalisations de la santé publique

Nouvelle offre de service en matière d'insalubrité complexe dans les logements

Pour répondre à la problématique d'insalubrité complexe pour laquelle une solution simple est souvent difficile à trouver, l'équipe a développé une nouvelle offre de services grâce à la mise à disposition d'outils de sensibilisation et de formation, la mobilisation de partenaires, la coordination des cas complexes et le soutien aux intervenants internes et externes. Au 31 mars 2019, 27 des 35 demandes acheminées à l'équipe ont été résolues. Ainsi, 97 % d'entre elles ont impliqué une ou des problématiques associées (p. ex.: des problèmes de santé physique ou mentale, etc.) et 59 % ont impliqué plus d'une problématique d'insalubrité (p. ex. : moisissure, vermines, punaises, etc.).

Déploiement des Centres d'accès au matériel d'injection (CAMI)

Afin que la distribution de matériel de protection (matériel d'injection, condoms, etc.) et que la prévention, le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang soient disponibles et facilement accessibles, l'équipe a pris en charge l'optimisation et l'implantation de CAMI dans les CLSC du territoire. Ce projet comprend la réalisation d'une revue de littérature sur les meilleures pratiques, de laquelle a découlé la création de comités, la formation du personnel impliqué et le développement d'outils de transfert de connaissances. Ce service permet de déstigmatiser la personne utilisatrice de drogue injectable (UDI) et d'établir un lien de confiance avec elle en contribuant à sa réaffiliation au système de santé.

Plan d'action pour un environnement sans fumée au CIUSSS-EMTL

Le Plan d'action pour un environnement sans fumée a pour finalité d'influencer positivement les choix santé et de protéger les personnes qui travaillent ou qui fréquentent nos installations contre l'exposition à la fumée secondaire. Parmi les interventions réalisées, la signalisation d'une zone de neuf mètres à respecter par les fumeurs a été appliquée à toutes nos installations. De plus, 429 professionnels ont été formés pour optimiser notre capacité d'offrir du soutien à la clientèle le long des trajectoires de soins et services, de même que la création d'un réseau de soutien au développement de compétences et d'outils pour les professionnels et gestionnaires. Plusieurs autres actions sont planifiées au courant des deux prochaines années afin d'atteindre un environnement 100 % sans fumée sur l'ensemble de nos installations.

Participation citoyenne : une pratique au cœur du développement des communautés

L'équipe de santé publique accompagne plus de 80 initiatives sur le territoire qui sollicitent la contribution des citoyens, qu'ils soient consultés pour orienter les priorités d'un quartier ou impliqués de façon active sur un comité ou un conseil d'administration. Bien ancré dans sa communauté et bien réseauté au sein de neuf tables de quartier et de multiples tables sectorielles

et organismes, notre établissement contribue étroitement au développement local. Une pratique au cœur du développement des communautés de l'Est de Montréal dont l'équipe est fière!

Agilité à faire face à la pandémie

L'équipe de santé publique a été grandement sollicitée durant la première vague de la pandémie et a été au rendez-vous afin de soutenir les tables de quartier et les cellules de crise mises en place afin de répondre aux besoins essentiels de la population vulnérable. Nos organisateurs communautaires ont accompagné chaque quartier dans leur réorganisation afin d'assurer le maintien des services d'aide en alimentation, en transport bénévole, auprès des aînés vulnérables ou des personnes à faible revenu. Plusieurs initiatives ont été accompagnées afin de soutenir la vie de quartier et d'assurer la poursuite des pratiques d'intervention de proximité auprès des familles, des aînés, des personnes en situation d'itinérance ou aux prises avec une problématique de santé mentale.

L'équipe de santé publique a aussi largement contribué à l'organisation du dépistage COVID en proximité, par le biais de soutien et de collaboration au dépistage mobile qui s'est réalisé dans nos quartiers les plus touchés. Plusieurs actions complémentaires, telles que du porte-à-porte dans certains quartiers ainsi que des activités portant sur l'éducation des populations aux mesures préventives à appliquer en temps de pandémie, ont été réalisées au cours des derniers mois. Le soutien aux multiples partenaires afin de les accompagner dans leur préparation au déconfinement s'est réalisé au cours des dernières semaines.

Enfin, certains employés des pratiques cliniques préventives ont aussi participé au déploiement en CHSLD et en clinique de dépistage, afin de soutenir ces activités.

Direction des services multidisciplinaires (DSM)

Direction adjointe - Volet opérationnel

Les principales activités réalisées par les équipes de la coordination des services multidisciplinaires en milieu hospitalier (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, audiologie, nutrition, service social, psychologie et soins spirituels)

- La DSM a activement participé à l'élaboration et au déploiement de la planification précoce et conjointe des congés sur les unités de soins, notamment pour :
 - le suivi de la modification de la répartition des professionnels sur les unités de soins à l'HMR (distribution par unité vs spécialité);
 - la révision du processus de référence pour les professionnels de la DSM ainsi que la refonte des formulaires associés;
 - la finalisation du déploiement des équipes de planification sur l'ensemble des unités de soins à l'HMR et l'HSCO.

La DSM a également été impliquée dans :

- la participation au développement du programme de chirurgie d'un jour pour les arthroplasties de la hanche et du genou et ajout d'un physiothérapeute pour assurer le suivi de cette clientèle, de l'évaluation préopératoire au congé postopératoire;
- la réorganisation des activités de physiothérapie hospitalière à l'HMR pour l'hiver 2020 à la suite d'une conversion des espaces de réadaptation en unités de soins temporaires;
- l'ajout de deux travailleurs sociaux pour des projets spéciaux en oncologie et en médecine : CAR-T et Don vivant du rein;
- la participation du service de nutrition au développement des projets de chirurgie bariatrique à l'HSCO et des stomies d'alimentation en chirurgie d'un jour à HMR;
- la préparation au changement de nomenclature des liquides épaissis en collaboration avec les pratiques professionnelles de la DSM.

Les contributions en contexte COVID-19

- le développement d'une pratique en télésoins pour la clientèle ambulatoire des services de nutrition, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, psychologie et service social;
- la prise en charge des demandes d'hébergement à partir de l'hôpital pour éviter le déplacement des équipes du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) entre les installations;
- le délestage des professionnels affecté aux services ambulatoires pour soutenir les soins à la clientèle hospitalisée;
- la participation volontaire des professionnels comme aide de service sur les unités de soins en milieu hospitalier et en hébergement;
- la création d'une équipe spéciale de mobilité et nutrition dans les zones chaudes en milieu hospitalier pour prévenir le déconditionnement et stimuler de bonnes alimentation et hydratation.

Les principales activités réalisées par les équipes de la coordination des activités respiratoires et d'électrophysiologie médicale (EPM)

- début d'une réflexion pour réviser le rôle et implanter les meilleures pratiques professionnelles des inhalothérapeutes en milieu hospitalier, dans un contexte de rehaussement de certaines activités (évaluation cardiorespiratoire, prescription pour la thérapie de remplacement nicotinique);
- la collaboration avec la DSI et la DSP pour l'intégration des infirmières auxiliaires dans certaines activités cliniques (aérosolthérapie, prélèvements pour le dépistage influenza et coronavirus, effectuer un ECG);

- le rehaussement des équipements d'investigation de physiologie respiratoire à l'HMR et l'acquisition d'un nouvel appareil d'intubation (C-Mac) à l'unité des soins intensifs de l'HSCO;
- la création de postes de chargé d'enseignement en inhalothérapie, à l'HSCO et l'HMR, pour le développement de l'offre de stages, l'encadrement des stagiaires et la rétention de ceux-ci;
- la réintégration des stagiaires en inhalothérapie, après plus de trois ans, à l'HSCO et la mise en place d'une nouvelle entente de partenariat avec un établissement d'enseignement (collège Ellis);
- la dotation de deux postes de coordonnatrice technique en EPM à l'HMR pour la formation spécialisée, la qualité et le développement des pratiques et l'organisation des stages;
- la mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance accueillant un poste de chef de service de l'électrophysiologie médicale couvrant les trois installations soit l'HMR, l'HSCO et l'IUSMM;
- la création d'un corridor de service avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Hôpital Notre-Dame) pour améliorer l'accès pour certains examens (Holter ou EMG) dont les délais d'attente étaient élevés;
- la collaboration avec la Direction des services professionnels (DSP) et la Direction des ressources technologiques (DRT) pour l'implantation du système *Neuroworks* au sein du CIUSSS pour l'interprétation médicale des résultats à distance, dont les EEG, ce qui améliore les délais de disponibilité des résultats;
- la révision du processus de gestion des requêtes d'EPM en neurologie et cardiologie, incluant les critères de priorisation clinique et l'informatisation dans *eClinibase*.

Les contributions en contexte COVID-19

- la collaboration avec les équipes de la DSP et de la DSI de l'urgence et des soins critiques pour l'élaboration et la mise en place de nouvelles techniques de soins adaptés;
- la collaboration avec la prévention et contrôle des infections (PCI) et l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) pour la révision de procédures afin de respecter les principes de désinfection et prévention des infections;
- l'augmentation de la présence des inhalothérapeutes dans les secteurs critiques (urgence et unités de soins intensifs) et en inhalothérapie générale (jusqu'à 115 % des effectifs normalement prévus à l'horaire au plus fort de la crise);
- le délestage d'inhalothérapeutes de la physiologie respiratoire, du laboratoire du sommeil et de l'anesthésie vers les secteurs hospitaliers;
- l'accueil et l'intégration d'inhalothérapeutes du Service régional de soins à domicile (SRSAD) et d'infirmières auxiliaires de secteurs ambulatoires délestées au sein de l'équipe d'inhalothérapie générale;
- la révision des procédures en EPM pour respecter les directives de santé publique et de PCI.

Les principales activités réalisées par la coordination de 1^{re} ligne : équipe des services courants, des centres de prélèvements, des accueils, de la réception et des services psychosociaux généraux

- la centralisation de l'accueil santé au CLSC de Mercier-Est pour favoriser l'harmonisation des processus d'accès à la population aux différents programmes dans le CIUSSS;
- le déploiement de la gestion des cas complexes en services courants pour permettre ainsi une meilleure prise en charge et suivi de notre clientèle;
- le transfert des soins de phlébotomie de l'HMR vers les services courants en CLSC;
- le déploiement de la prescription infirmière volet soins de plaie;
- la planification des travaux entourant la pratique d'interruption volontaire de grossesse (IVG) au CLSC de Rivière-desPrairies (développement d'un guide d'orientation et mise en place de la pilule abortive);
- l'implantation de RVSQ dans plus de dix GMF et trois CLSC. L'offre de sans rendez-vous s'effectue principalement via Rendez-vous santé Québec (RVSQ) sur le territoire;

- l'implantation de Clic Santé pour les centres de prélèvements et les cliniques de vaccination pour la coqueluche;
- l'implantation de cliniques hivernales, du 2 décembre 2019 au 31 mars 2020, avec huit sites participants (sept GMF et une clinique) ayant, pour la majorité, obtenu un pourcentage d'utilisation des plages horaires offertes de plus de 95 %.

Les contributions en contexte COVID-19

- le déploiement d'un nouveau service de premiers soins psychologiques (PSP) par les pairs offert à tous les employés, gestionnaires, médecins et partenaires du territoire;
- la mise en place et gestion des cliniques de dépistage, dont les cliniques mobiles ainsi que dépistage systémique du personnel en hébergement;
- le délestage en CHSLD des infirmières, infirmières auxiliaires et agentes administratives en services courants et centres de prélèvements;
- la vaccination des boursiers dans le projet d'embauches massives de PAB du MSSS;
- la collaboration instaurée avec le 211 pour arrimer le processus de référence vers les accueils psychosociaux généraux à la suite de leurs vagues d'appels vers les personnes de 75 ans et plus;
- l'utilisation du RVSQ, qui a permis de combler l'ensemble des rendez-vous;
- la prise en charge de l'activité de prétriage pour l'accueil des usagers qui se présentent dans les huit CLSC;
- l'ajout d'agentes administratives à la centrale de rendez-vous afin de diminuer le délai d'attente;
- la prise en charge du triage téléphonique des patients suivis par les médecins des CLSC pour assurer la ségrégation des trajectoires froides et chaudes et ainsi rediriger vers les cliniques d'évaluation (CDÉ) les patients qui le requièrent;
- la participation à la gestion des sites en CLSC et à la planification et mise en œuvre de la reprise des activités en CLSC.

Les principales activités réalisées par la coordination de 1^{re} ligne : équipes des groupes de médecine de famille (GMF), du guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), du centre d'expertise en maladies chroniques (CEMC) et du bénévolat hospitalier

- l'harmonisation des pratiques de soins infirmiers et de service social en GMF via les recommandations des guides pratiques du MSSS;
- l'octroi de la mention GMF pour 2 installations, dont le GMF Hochelaga-Maisonneuve qui constitue une étape importante préalable à l'obtention de la mention universitaire prévue pour 2022;
- la mise en place de modalités par le GMF-U pour faciliter la fin du stage de la première stagiaire IPS-PL de la cohorte 2020 de l'Université de Montréal, malgré la pandémie;
- la centralisation du GACO qui favorise le travail et la cohésion d'équipe ainsi que les processus opérationnels. La centralisation permet une efficacité qui se démontre par une amélioration des délais d'attribution des usagers aux médecins de famille;
- le déploiement du plan du Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) ministériel qui a permis une collaboration étroite entre les médecins de famille et le GACO pour l'attribution massive de patients orphelins du territoire;
- l'harmonisation des critères de référence pour les services de nutrition en première et deuxième ligne;
- le début d'un projet en partenariat-patient retenu et financé par le MSSS pour le centre d'expertise en maladies chroniques;
- le mandat régional du programme risque cardiometabolique en première ligne;
- la poursuite de l'implication dans les travaux de la trajectoire MPOC;
- la nouvelle offre de téléadaptation pulmonaire en partenariat avec l'Hôpital Mont-Sinaï;
- la contribution de nos trois équipes de bénévoles pour la clientèle de l'HMR, l'HSCO et l'IUSMM : 56 323 heures de bénévolat réalisées par 463 bénévoles actifs.

Les contributions en contexte COVID-19

- l'ouverture du GMF-U Maisonneuve-Rosemont à la clientèle orpheline via RVSQ;
- le délestage en CHSLD des professionnels (infirmières, physiothérapeutes, nutritionnistes, travailleurs sociaux et agents de planification, de programmation et de recherche(APPR));
- l'intégration des bénévoles de l'HMR dans les sites de dépistage, notamment à Saint-Michel, à Pointe-aux-Trembles et à la clinique Chauveau;
- l'ajout de bénévoles dans les CLSC pour l'orientation et l'accueil de la clientèle;
- La contribution importante à la mise sur pieds et à la poursuite des cliniques de dépistage.

Direction adjointe – Volet pratiques professionnelles

Les principales réalisations de la Direction adjointe du volet des pratiques professionnelles

La direction adjointe a participé activement à la réalisation de différents dossiers avec plusieurs partenaires, tant cliniques qu'administratifs. Voici, ci-dessous, quelques-unes de ces réalisations :

- en prévention du suicide, l'implantation des guides clinico-administratifs par les directions cliniques, le déploiement du plan de formation et le développement d'un guide d'intervention de postvention à la suite du suicide d'un usager ont été mis en place;
- l'organisation par le Centre d'excellence multidisciplinaire de huit conférences-midi, suivies par près de 450 professionnels de 45 disciplines différentes;
- la poursuite des activités de codéveloppement animées par les conseillers cadres et conseillers cliniques de la direction, impliquant 50 professionnels d'encadrement clinique du CIUSSS répartis dans six groupes;
- la poursuite et la mise à jour du plan d'action pour la santé et le bien-être des hommes;
- l'implication dans de nombreux projets organisationnels comme : la planification précoce conjointe de congé, l'approche adaptée à la personne âgée, les cellules interdisciplinaires, les régimes de protection, zones de piégeage et l'encadrement clinique;
- la contribution à la mise en place de multiples formations portant sur l'interdisciplinarité, le plan d'intervention, le consentement aux soins, la tenue de dossier, la santé et le bien-être des hommes, la prévention du suicide, le partenariat de soins et la prévention des chutes;
- la contribution au développement de nombreux outils cliniques, notamment le formulaire de collecte de données en éducation spécialisée et en physiothérapie, l'évaluation de la situation psychosociale, la grille d'analyse pour la gestion optimale des risques, le guide du processus d'appréciation de l'inaptitude de la personne à l'exercice de ses droits civils et à l'administration de ses biens.

Les contributions en contexte COVID-19

- la contribution importante à la mise sur pied des cliniques de dépistage;
- le soutien à la gestion de la crise en CHSLD par le délestage des équipes et des cadres;
- le soutien à la gestion des activités respiratoires;
- la contribution à la rédaction des ordonnances collectives;
- le maintien de la vigie de la qualité des activités professionnelles non délestées;
- la contribution à la formation des employés délestés en CHSLD;
- la contribution au déploiement des activités en télésanté.

Direction des services professionnels (DSP)

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES ÉQUIPES DES ARCHIVES (SECTEURS HOSPITALIERS ET COMMUNAUTAIRES)

- Consolidation de l'équipe IUSMM et optimisation des processus dans une vision intégrée de l'ensemble des fonctions des 4 anciens sites.
- Implantation du nouveau service d'informatisation clinique du dossier de l'utilisateur.
- Révision du cadre de référence sur le consentement aux soins.
- Harmonisation des processus d'accès à l'information et implantation de la tarification uniformisée.
- Codification de l'année financière en mode « traditionnelle » (et non « alléguée »).
- Codification en temps réel et suivi des cas COVID-19 pour les centres hospitaliers via MED-ÉCHO.
- Réalisation du Projet télétravail pour les archivistes médicales (HMR) : le projet a été concluant et a révélé une augmentation de la productivité.
- Les services des archives médicales se sont donné la mission de soutenir les efforts et processus liés à la COVID-19 de l'organisation :
 - ✓ soutien au Bureau de santé pour la vérification des résultats des tests COVID-19 des employés;
 - ✓ appels aux usagers et à la population ayant été dépistés « négatifs » au test COVID-19;
 - ✓ création de la ligne info résultat;
 - ✓ soutien aux unités de soins et aux urgences pour le registre COVID-19;
 - ✓ participation à l'implantation des processus liés à la mise en place des sites non traditionnels (ex. : Clinique de dépistage, Place Dupuis);
 - ✓ participation à l'implantation de la télésanté;
 - ✓ soutien au dépistage « Opération Barrage » (étiquettes de laboratoire et suivi des résultats) pour les centres hospitaliers;
 - ✓ suivi du nombre de cas COVID-19 hospitalisés.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES ÉQUIPES DE MÉCANISMES D'ACCÈS

- Accueil clinique : le nombre de références a augmenté de 19 % par rapport à l'année financière 2018-2019. La grande majorité des activités ont été maintenues pendant la première vague de la COVID-19, permettant d'éviter le recours à l'urgence.
- Centre d'accès : ajustement rapide des façons de faire dans le contexte pandémique (télésanté, suivis téléphoniques) et suite à un déménagement récent et complexe dans de nouveaux locaux, et participation de l'équipe au fonctionnement des unités de soins par le comblement de certains besoins en lien avec les registres de COVID-19 sur les unités de soins et aux urgences.
- Cliniques externes de l'HMR : consolidation des processus avec le centre d'accès pour la prise de rendez-vous spécialisés. Adaptation du personnel aux changements apportés par la COVID-19 et la télésanté et participation aux registres COVID-19, à la surveillance des entrées dans les secteurs ambulatoires, ainsi qu'à certaines activités administratives en zone chaude (ex. : implantation de la clinique Chauveau, zone ambulatoire).
- Renseignement des médecins : collaboration, face à une forte augmentation du volume d'appel, au fonctionnement des gardes médicales rendu complexe en raison de la pandémie et du personnel ayant agi dans le cadre des registres de COVID-19.
- Centre de répartition des demandes de service – imagerie (CRDS-i) de l'Est : le CRDS-i a agi à titre de centrale téléphonique pour la population et comme ligne de renseignement et de rendez-vous pour les dépistages et les consultations en première instance. Le CIUSSS-EMTL fut le premier CIUSSS de Montréal à mettre sur pied, de façon fonctionnelle, une telle centrale. De plus, le CRDS-i a le mandat de coordonner la capacité résiduelle en imagerie pour l'île de Montréal, afin d'augmenter l'accès aux patients devant passer un examen en radiologie (plus spécifiquement, l'échographie), et ce, en utilisant les plages non utilisées à travers le réseau montréalais.

- Cliniques externes de l'HSCO : révision de processus pour l'implantation de la confirmation de rendez-vous de vive voix. L'équipe a fait preuve d'agilité en ajustant rapidement ses façons de faire dans le contexte pandémique et de télésanté. Elle a également assuré la surveillance des entrées dans les secteurs ambulatoires.
- Admission HMR et HSCO : les équipes ont fonctionné en environnement complexe, surtout dans le pilotage des tableaux des lits/chambres (zones, type de chambre, BMR). Une vigie constante a également été nécessaire, les morgues ayant été plus fortement sollicitées.
- Accès priorisé aux services spécialisés (APSS) : poursuite de la réalisation d'un dossier d'affaires octroyé par la DGTI, en cogestion avec la Direction des ressources technologiques.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES MOUVEMENTS DE LA CLIENTÈLE

- Accueil de deux infirmières cliniciennes à la gestion des lits.
- Maintien de la gestion des lits les fins de semaine à l'HMR, incluant en temps de pandémie.
- Grande agilité dans les mouvements de la clientèle pour répondre aux besoins des usagers en provenance de l'urgence (ex. : transformation des lits, transformation de zonage) et du COOLSI.
- Consolidation des liens étroits avec les coordonnateurs d'activités afin d'assurer une fluidité constante (24/7).
- Élaboration et maintien d'un registre de transformation des lits.
- Saisie du formulaire COVID-19.
- Maintien du registre et mouvement des usagers identifiés COVID-19.
- Cultivation, durant la première vague, d'un lien privilégié avec les partenaires de la PCI et de l'Hygiène et Salubrité).

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES ÉQUIPES EN IMAGERIE MÉDICALE

Ententes et partenariats

- Partenariat réalisé avec le cégep de Rimouski pour l'accueil d'une cohorte de deux stagiaires du DEC en échographie médicale, une toute nouvelle discipline couvrant les secteurs de l'échographie générale, obstétrique et cardiaque au sein du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Une entente a également été conclue avec le Collège Ahuntsic pour la prochaine cohorte prévue à l'automne 2021.
- Une entente a permis le télétravail au secrétariat médical de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale, ce qui a vu augmenter la production et diminuer le taux d'absentéisme.
- L'imagerie prend part à divers comités au MSSS, en lien avec le financement axé sur le patient – un type de financement qui apporte son lot de complexité au sein des diverses spécialités de l'imagerie. Ce chantier touche les secteurs de la médecine nucléaire, de la mammographie et de l'angiographie.
- Fonctionnement du service
- Le chantier majeur de l'appareil IRM #2 de l'HMR aurait pu réduire considérablement l'offre de service pour une période de 7 mois (plus de 50 % de la production était à risque). Grâce à une réorganisation de ce secteur et au déplacement de la clientèle ambulatoire sur le quart de nuit sur l'IRM restante, le chantier a eu un impact moins élevé qu'anticipé sur la clientèle (diminution de 3,6 %).
- La fusion des systèmes PACS (IUSMM/HSCO; CLSC de l'Est/HMR) a permis une diminution des coûts des services achetés grâce à la centralisation.
- La réorganisation de l'offre de service pour les biopsies thyroïdes de type blitz a permis de diminuer les délais de réalisation des interventions pour l'HMR et l'HSCO.
- Accès
- Atteinte d'une moyenne de 84 % en P13 dans les secteurs de l'imagerie pour la réalisation des examens dans un délai de 0-3 mois. Plusieurs partenariats ont été mis en place avec les laboratoires d'imagerie médicale avoisinants au CIUSSS, ainsi qu'avec le Guichet de gestion de la capacité résiduelle. La réorganisation du secteur de la mammographie a permis la

réalisation de 323 examens supplémentaires en imagerie du sein par rapport à l'année précédente.

- Augmentation de 7 482 examens en tomodensitométrie à l'HMR, par rapport à l'année précédente, et augmentation de 269 examens dans le secteur de l'angioradiologie.

LES PRINCIPALES RÉALISATIONS DE LA GESTION DES ACTIVITÉS ET DES ÉQUIPES VOLANTES HMR-HSCO

- Transfert des coordonnateurs d'activités, des équipes volantes et du soutien clinique (planification des horaires en milieu hospitalier HMR-HSCO) vers la Direction des services professionnels afin de rapprocher l'activité de la gestion des lits et des unités de soins.
- Ajout de deux services à l'équipe du Soutien clinique : le bloc opératoire et les soins intensifs de l'HSCO, auparavant des secteurs autonomes.
- Déploiement de nouveaux outils en soutien aux secteurs desservis.
- Application de l'arrêté 007 en temps de COVID, selon les indications des RH, ce qui a augmenté considérablement la charge de travail.
- Soutien aux secteurs autonomes en lien avec l'arrêté et l'application des différentes primes.
- Mise à jour de l'outil de déplacements des employés selon les zones et acheminement des mises à jour à nos différents partenaires (Gestion des lits, PHAR, Coordination des épisodes de soins, etc.).
- Maintien d'un registre de dérogation des déplacements avec la directrice adjointe suite à l'accord de la directrice générale adjointe.
- Projet d'un ajout d'agent administratif aux coordonnateurs d'activités de l'HMR afin de permettre une proximité, une gestion par priorité et une rapidité dans les actions.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES ÉQUIPES DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

- Implantation du suivi systématique post-polypectomie : ce projet innovant est une première québécoise. Une ordonnance collective balise l'acte infirmier et une OIP permet la divulgation de résultats d'analyse de polype par une infirmière, ce qui permet de libérer des plages horaires médicales. Les objectifs poursuivis sont de faciliter la gestion de la liste d'attente pour les rendez-vous de suivi en gastro-entérologie, de diminuer le délai de réception du résultat de pathologie par le patient et de diminuer l'anxiété vécue par la clientèle.
- Déploiement de l'Impella en hémodynamie (HMR) : il s'agit d'une nouvelle technologie disponible en hémodynamie et dont le déploiement à l'HMR permettra d'augmenter le débit de perfusion et ainsi d'améliorer les possibilités de survie des patients en choc cardiogénique.
- Consolidation de la Sustained Low Efficiency Dialysis (SLED) aux soins intensifs de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale – unité de soins critiques : depuis mars 2019, la clientèle des soins intensifs de l'HSCO bénéficie de l'accès au traitement SLED. En 2019-2020, l'équipe est devenue autonome en termes de formation et un total de 234 traitements ont été effectués sur 39 patients distincts depuis l'implantation.

LES PRINCIPALES RÉALISATIONS DES ÉQUIPES DE L'ÉPISODE DE SOINS D'URGENCE

- Poursuite de la réorientation des P4-P5 vers les 10 cliniques GMF du territoire (moyenne mensuelle de 15 % des inscriptions réorientées).
- Confirmation du Centre secondaire désigné pour l'accident vasculaire cérébral (AVC).
- Implantation du code trauma pour la mise en tension à l'HSCO.
- Harmonisation des ordonnances collectives pour les couchers directs dans les deux urgences (HSCO et HMR) afin d'appliquer les meilleures pratiques et les prises en charge médicales.
- Implantation des comités de triage dans les deux urgences (HSCO et HMR) et des comités médico-nursing afin d'assurer le suivi et l'application des meilleures pratiques pour les infirmières et les équipes médicales.
- Livraison finale de la dernière étape de la nouvelle urgence de l'HMR : le secteur de décontamination.
- Implantation et rehaussement du système de monitoring cardiaque pour l'urgence de l'HSCO.

- Intégration de la clinique de la relance dans les locaux de l'urgence de l'HMR afin d'améliorer la fluidité et d'aider au désengorgement de la salle d'attente.
- Implantation des simulations mensuelles en traumatologie (urgence HSCO) et réanimation (urgence HMR).
- Implantation de la nouvelle trajectoire de santé mentale, liée à la fermeture des services offerts au Pavillon Rosemont, vers l'urgence de l'HMR et l'IUSMM afin d'améliorer la fluidité.
- Réorganisation des services d'accueil de l'urgence santé mentale de l'IUSMM : ceci a engendré un corridor de service entre l'HMR, l'HSCO et l'IUSMM et l'implantation d'un service de navette de transport entre nos trois centres hospitaliers pour la clientèle en santé mentale.
- Ouverture d'une clinique de relance pour l'urgence de l'HSCO.
- Coordination de la trajectoire de traumatologie sous la gouverne de l'urgence de l'HSCO :
 - ✓ réorganisation du travail des secteurs ambulatoires des urgences afin d'élargir le rôle des infirmières auxiliaires dans les urgences de santé physique;
 - ✓ ouverture des garages/tentes COVID-19 afin de différencier les trajectoires ambulatoires chaudes et froides pour les deux urgences de santé physique;
 - ✓ démarche en cours pour l'ouverture éventuelle d'une unité de décision clinique sous la gouverne de l'urgence de l'HSCO.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ÉQUIPE DU VOLET OPÉRATIONS – HOSPITALISATION

Épisode de soins en médecine et chirurgie

Volet médecine HSCO

- Prise en charge par l'équipe du 2AB de la clientèle nécessitant un moniteur cardiaque. Des formations et une consolidation des compétences ont été réalisées auprès de l'équipe pour rendre le processus sécuritaire. Suite à l'étude des meilleures pratiques, l'implantation d'un nouveau système permettra l'optimisation du suivi de la clientèle.
- Suite à la visite d'inspection professionnelle de l'OIIQ, l'unité du 2AB travaille intensément à la réalisation d'un plan pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins offerts à la clientèle.
- Finalisation du déploiement du projet PPCC par toutes les équipes de la médecine de l'HSCO. Si des enjeux de durée moyenne de séjour demeurent, des mesures d'amélioration sont en cours.
- Réalisation de travaux structurels à l'unité du 4e (ajout de demi-portes), ce qui permet d'assurer une meilleure sécurité pour la clientèle spécifique ayant des déficits cognitifs.
- Intégration, par la coordination de la médecine à l'HSCO, de l'unité de médecine pour personnes âgées à ses activités régulières. La mission de l'unité a d'abord été modifiée pour une clientèle de médecine pour personnes âgées. Pendant la première vague de COVID-19, l'unité a été fermée et la clientèle intégrée aux autres unités de médecine de l'HSCO.
- Ouverture de l'unité 3AB, soutenue par un effort collectif des gestionnaires et des équipes de la médecine, chirurgie et SRSAD, afin de répondre aux besoins de la clientèle COVID-19 positive à l'HSCO. Pour répondre aux besoins en spécialités diverses (médecine, chirurgie, SAPA), l'équipe a fait preuve de grande adaptabilité pour créer un espace de travail permettant une prise en charge sécuritaire de la clientèle.

Volet chirurgie HMR et HSCO

- L'intégration des apprenants et le développement des compétences ont été les priorités de la coordination de la chirurgie afin de répondre à un besoin croissant en soins spécialisés et surspécialisés. Le développement et l'implantation des monitrices en chirurgie sur les quarts de jour et de soir ont permis la création de liens avec les apprenants et le soutien au développement de leur expertise en chirurgie.
- Des formations en matière de service analgésique postopératoire (SAPO) ont été offertes à l'ensemble de nos équipes pour assurer une prise en charge sécuritaire et une consolidation

des connaissances des soignants. En collaboration avec l'équipe des activités opératoires, l'implantation d'une infirmière au suivi SAPO à l'HSCO est en cours.

- Le projet PPCC (planification précoce et conjointe des congés) est implanté avec succès sur l'ensemble des unités de soins de chirurgie. Une diminution observée de la DMS pour l'ensemble des spécialités découle du travail collaboratif des équipes dans l'esprit de bien préparer le congé des usagers. L'unité du 8AB, qui a piloté le premier segment du projet, demeure impliquée dans l'amélioration du projet transversal.
- Le développement et la consolidation de l'approche pour une récupération rapide en postopératoire font partie des objectifs en continu depuis 2013 :
 - ✓ formation d'infirmières novices deux à trois fois par année;
 - ✓ formation des équipes pour les nouvelles approches PTH-PTG en mode accéléré et en ambulatoire;
 - ✓ création et implantation de la trajectoire accélérée pour la clientèle thoracique (tumeur pulmonaire) et développement d'un plan de préhabilitation pour la clientèle ciblée PURR thoracique. Cette approche multidisciplinaire interétablissement est axée sur les meilleures pratiques du CUSM en préhabilitation et permet d'optimiser l'état de santé du patient avant son intervention, une récupération plus rapide et une diminution des complications postopératoires.
- Dans le cadre du projet de la fluidité des admissions de l'urgence, l'ouverture d'un salon des congés pour la clientèle de la chirurgie en projet pilote a permis de favoriser une libération plus rapide des lits sur les unités de soins.
- Pour faire suite à la visite de l'OIIQ sur l'unité de soins du 6e à l'HSCO, l'équipe a réalisé le plan d'action en lien avec l'amélioration de la qualité des soins afin d'atteindre les objectifs ciblés. À souligner : le soutien de la conseillère cadre en soins infirmiers (CCSI) et sa contribution au succès de ce projet.
- Lors de la pandémie, la coordination de la chirurgie, en étroite collaboration avec le coordonnateur médical et l'équipe du bloc opératoire, a travaillé à permettre une reprise des activités électives de la chirurgie. Des zones ultra-froides ont été planifiées et ouvertes dans nos deux sites. Avec nos différents collaborateurs, des équipes dédiées, dépistées et multidisciplinaires ont pu répondre à l'ensemble des besoins de notre clientèle.
- En contexte pandémique, le centre de gestion de la douleur a été un pionnier dans le développement de plateformes permettant des rendez-vous de suivi virtuel (téléconsultation). Il a ainsi été possible d'assumer la prise en charge et le suivi de la clientèle de la douleur chronique.

Volet Médecine HMR

- Le développement et la consolidation des connaissances des membres des équipes se sont poursuivis afin d'adapter l'offre de service pour la clientèle plus âgée. Plusieurs formatrices à l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) ont vu leur talent développé et ont offert de la formation sur la mobilité, la nutrition, l'hydratation et l'état cognitif. Un troisième volet de formation (intégrité de la peau, élimination) sera déployé.
- Toutes les équipes ont finalisé le déploiement du projet Planification précoce et conjointe des congés (PPCC) et une diminution significative de la DMS a été observée, ce qui est bénéfique pour la clientèle. Le projet PPCC a remporté la 2e position dans la catégorie « Performant » des prix « Stars du réseau de la santé » de la Caisse Desjardins du réseau de la santé.
- Réalisation à 70 % d'un 5S à l'unité de néphrologie. L'optimisation de l'espace et l'organisation structurelle de l'unité de soins sont bénéfiques pour la clientèle et toute l'équipe interdisciplinaire.
- Tenue d'une activité de pratique réflexive individuelle et de groupe, suivant un rapport de coroner, pour le suivi des paramètres cliniques après l'administration d'opiacés. Ceci a permis une prise de conscience et mené à des ajustements de pratique afin d'offrir des soins plus sécuritaires à la clientèle recevant des opiacés.
- Contribution à l'accueil de stagiaires : plusieurs groupes de stagiaires collégiaux et plusieurs stagiaires de niveau universitaire (accueillis par nos préceptrices internes).

- Des interventions permettant de doter des postes (une infirmière et une agente administrative) ont été réalisées afin d'assurer le développement du projet ministériel relatif à la donation vivante de rein. La clinique externe de greffe rénale poursuit le développement du projet avec ces nouvelles recrues.
- La greffe rénale a reçu la visite de Santé Canada, ce qui a permis l'évaluation des différents processus entourant l'activité clinique. Bien qu'il contienne quelques éléments d'amélioration continue, le rapport ayant découlé de la visite est en somme très positif.
- Lors de la première vague de COVID-19, certaines unités de médecine ont changé temporairement de vocation pour répondre au besoin de la clientèle atteinte du virus. Une collaboration extraordinaire des équipes cliniques et de gestion a été constatée.
- Toujours durant la crise, les activités électives de la greffe rénale ont été reprises, en étroite collaboration avec la chef médicale du service de la néphrologie et la responsable du programme de greffe rénale. Une zone ultra-froide a été créée sur l'unité de néphrologie avec une équipe dédiée et dépistée pour répondre aux besoins spécifiques de la clientèle.
- Durant la crise et en préparation à une prochaine vague, la médecine de l'HMR collabore avec la médecine de l'HSCO, la chirurgie de l'HMR et de l'HSCO, la DSI et la DQÉPÉ à l'établissement de standards pour les différentes zones COVID afin de mieux préparer nos clientèles et employés.

Service de liaison de la médecine et de la chirurgie de l'HMR et de l'HSCO

- À titre de partenaire de l'équipe multidisciplinaire qui travaille à planifier et à organiser le congé des patients, ce service a relevé le défi d'impliquer les professionnelles dès le début de l'hospitalisation de la clientèle afin de soutenir l'orientation au congé. Les infirmières de liaison sont assignées à une unité de soins spécifique, participent aux activités de PPCC et contribuent à améliorer l'épisode de soins de la clientèle.
- L'équipe maintient une offre de service très importante en oncologie, aux soins intensifs et en soutien aux nombreuses activités du centre de soins ambulatoires.

Service régional des soins à domicile

- Le SRSAD, en collaboration avec la direction logistique, a réalisé le montage, l'appel d'offres et l'octroi d'un nouveau contrat pour un nouveau fournisseur d'équipements et de fournitures respiratoires. Le plan de transition est en cours.
- L'équipe a travaillé sur un projet d'optimisation des approvisionnements qui permettra la transition vers un système d'autoremplissage des cylindres pour les utilisateurs d'oxygène ambulatoire.
- Les équipes du SRSAD ont participé aux projets de trois grands axes de la trajectoire MPOC : le dépistage et la prise en charge en 1re ligne, la réponse 24/7 et la réadaptation pulmonaire.
- Les activités de télésoins ont été reprises, ce qui permet d'améliorer la capacité d'autogestion de la clientèle MPOC. L'expertise clinique des ressources a été développée afin d'assurer la pérennité du programme.
- Une mise à jour de l'offre de service du SRSAD est en cours de réalisation. Le projet est en phase de consultation auprès des parties prenantes.
- Le SRSAD s'est délesté de 60 % de ses ressources pendant la première vague de COVID-19 afin de soutenir les activités cliniques de différents secteurs de l'HMR et de l'HSCO, et ce, tout en maintenant l'offre de service à sa clientèle.
- L'épisode pandémique a permis au SRSAD de développer une nouvelle façon de faire, soit des suivis cliniques téléphoniques à la clientèle qui a continué de bénéficier de services et d'un accompagnement clinique à distance.

Enjeux

En contexte de pénurie du personnel, l'enjeu majeur pour les équipes de soins demeure le temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire (TSO). Une intensification des stratégies de recrutement, d'attraction et de rétention du personnel sera nécessaire. À cet enjeu s'ajoute celui du développement des compétences afin d'offrir des soins et des services basés sur les meilleures pratiques dans un contexte de pratique avancée.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES ÉQUIPES EN OPHTALMOLOGIE

L'ophtalmologie consolide l'autonomie de son continuum de soins

- Suite à la prise en charge de la gestion du bloc opératoire du pavillon Rosemont en avril 2019, le Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) poursuit l'intégration de la gestion des activités en ophtalmologie par l'intégration de la programmation chirurgicale et la préparation préopératoire de sa clientèle. Le CUO assure désormais l'ensemble de la gestion de la liste d'attente de ses activités de chirurgie et des consultations ambulatoires. Une amélioration tangible des délais de plus de 6 mois a été remarquée durant l'année 2019.
- Des mesures extraordinaires ont été mises en place afin de réduire les impacts de la COVID-19 sur la liste d'attente et les délais de consultation (suivi téléphonique, révision active et régulière de la liste d'attente selon la priorité médicale, adaptation des horaires de la clinique et des lieux physiques de manière à contrôler les risques de transmission).

Des chercheurs qui collaborent avec la NASA

- En 2015, des chercheurs du Centre de recherche de l'HMR, dont font partie les Drs Costantino et Lesk, ont inventé une technologie non invasive pour mesurer la rigidité de l'œil. Celle-ci a depuis été validée cliniquement auprès de 400 patients atteints de glaucome.
- En collaboration avec l'Agence spatiale canadienne et la NASA, les deux chercheurs mettront à profit leur expertise relative à la mesure de la rigidité de l'œil pour éviter aux astronautes les conséquences néfastes sur leur vision lors de voyages de plus en plus longs dans l'espace.
- Au cours des prochains mois, pour vérifier leur hypothèse, les chercheurs prendront des mesures sur des astronautes à trois reprises : avant le départ, sur la base à Houston; pendant le vol, dans la Station spatiale internationale; puis au retour, pour voir la progression de la maladie. Les sujets étant rares - seule une poignée d'astronautes s'envolent pour l'espace chaque année -, les chercheurs prévoient publier des résultats préliminaires d'ici deux ans.

Une rare expertise en santé visuelle

- L'électrorétinogramme (ERG) par flashes ou global est l'enregistrement de l'activité électrique de la rétine en réponse à une stimulation lumineuse. Il s'agit du seul examen qui permette à tout âge de diagnostiquer une dystrophie rétinienne et de préciser le niveau de l'atteinte.
- Dus à sa grande sensibilité, les tests en électrophysiologies permettent de détecter des changements rétiens et visuels subtils souvent non détectables par un examen clinique standard. En plus d'aider les ophtalmologistes à diagnostiquer ou confirmer une variété d'anomalies héréditaires ou acquises affectant la vision, ces tests sont également utilisés couramment en clinique pour suivre l'évolution d'une condition ou le contrôle d'un traitement en cours.
- Au Québec, on compte sur les doigts d'une main les professionnels pouvant réaliser et interpréter ce type d'examen. À l'automne 2019, Mme Anna Polosa a obtenu un postdoctorat de l'Université de Montréal/HMR sous la supervision de Dre Cynthia Qian. Doctorante en neurosciences de l'Université McGill, le CUO est fier de compter Dre Polosa à plein temps parmi son équipe de professionnels en santé visuelle.

Maintien des liens avec la première ligne en période de pandémie

- Les ophtalmologistes généraux et les optométristes demandent fréquemment le recours à une expertise en subsécialité auprès de collègues ophtalmologistes des centres universitaires dans les grands centres urbains. Les optométristes doivent trop souvent référer des patients pour lesquels un soutien à distance de l'ophtalmologie pourrait éviter un long déplacement du patient en clinique médicale ou en milieu hospitalier. Le contexte de la pandémie de COVID-19 confirme la pertinence de mieux répondre aux besoins des régions.
- La télémédecine en ophtalmologie est une pratique courante au Québec depuis plusieurs années, particulièrement dans le cadre de projets pilotes du MSSS et d'un programme pour le téléépistage de la rétinopathie diabétique (TDRD) à travers la plateforme informatique iVision. Le succès de ces projets a mené à la préparation d'un programme provincial de téléépistage qui a constitué l'assise de la téléconsultation dès l'arrivée de la pandémie.

- La plateforme iVision a été déployée dès mai 2020 afin de soutenir les professionnels œuvrant en première ligne, permettant de répondre au besoin de consultation tout en minimisant les déplacements de la clientèle.
- La tradition de la recherche en ophtalmologie ne perd pas son souffle
- Plusieurs publications, recherches et autres initiatives sont en cours.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ÉQUIPE DU VOLET PÉRIOPÉRATOIRE ET CHIRURGICAL

- Optimisation des listes d'attente pour les chirurgies oncologiques.
- Optimisation des priorités opératoires en lien direct avec les besoins populationnels et les listes d'attente des chirurgiens. Pour plusieurs spécialités, une 2e offre a été présentée aux patients en attente depuis plus d'un an, mais peu d'entre eux ont accepté. Le constat est que les patients sont fidèles à leur chirurgien.
- Des travaux d'implantation sont en cours pour effectuer des chirurgies du sein par l'utilisation de billes radioactives à l'HSCO.
- Introduction à l'équipe d'une conseillère cadre aux pratiques professionnelles ayant comme mandat prioritaire la formation et la rétention du personnel des blocs opératoires.
- Présentation du dossier d'intention au MSSS pour la chirurgie bariatrique à l'HSCO, en collaboration avec les chirurgiens de l'établissement.
- Mise à niveau des URDM en lien avec les recommandations de l'Agrément, ouverture de l'URDM à Rosemont avec laveurs automatisés et fin du lavage manuel des instruments.
- Amorce d'un processus de la traçabilité des instruments aux URDM de l'HSCO et de l'HMR selon les recommandations de l'Agrément.
- Réorganisation complète en cours de la programmation opératoire et déploiement des équipes dédiées pour toutes les spécialités chirurgicales du CIUSSS-EMTL.
- Optimisation de la chirurgie robotique à l'HSCO (2-3 jours par semaine) pour les spécialités urologie-gynécologie et la chirurgie générale.
- Prise en charge sécuritaire du retraitement des sondes endocavitaires du CIUSSS-EMTL, en lien avec les recommandations de l'Agrément.
- Partenariat URDM et SAPA pour le projet de soins buccodentaires en CHSLD.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES ÉQUIPES DE PHARMACIE

- Mise en place d'une gestion HMR-HSCO pour les ruptures de marchandises : une approche intégrant un volet de suivi de l'utilisation des médicaments pendant la crise de la COVID-19.
- Révision et mise en place d'un nouveau processus de distribution des médicaments sur les unités de soins et d'hébergement pour répondre à la crise. Support dans la distribution des médicaments pour le site non traditionnel (Place Dupuis).
- Révision de la procédure liée à l'AMM afin d'intégrer les nouvelles recommandations des ordres professionnels.
- Réalisation de deux projets en évaluation de l'acte médical conjointement avec la SAPA :
 - ✓ utilisation des bisphosphonates, du dénosumab, du calcium et de la vitamine D dans le traitement de l'ostéoporose à base d'antirésorptifs osseux dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée du CIUSSS-EMTL;
 - ✓ utilisation des hypolipémiants dans les CHSLD du CIUSSS-EMTL.
- Réalisation de trois projets en évaluation de l'acte pharmaceutique :
 - ✓ évaluation de la documentation des notes cliniques et des informations de base pertinentes à colliger au dossier pharmacologique à la suite du conseil de chimiothérapie fait par le pharmacien en oncologie dans deux installations ambulatoires du CIUSSS-EMTL;
 - ✓ évaluation de la conformité de la validation de la première ordonnance de clozapine des patients nouvellement admis dans l'une des installations de soins aigus du CIUSSS-EMTL;
 - ✓ évaluation de la documentation des interventions faites par le pharmacien au dossier patient pour les services de greffe rénale, de greffe de cellules souches hématopoïétiques/hématologiques, de gériatrie, de l'unité coronarienne et de la médecine interne de l'HMR.

- Participation au projet ministériel OPUS – phase 2 pour la diminution de l'utilisation des antipsychotiques en CHSLD.
- Mise en place d'un site Extranet pour les pharmaciens communautaires du territoire du CIUSSS-EMTL.
- Révision du processus du service des médicaments lors des congés vers les CHSLD.
- Implantation de formulaires CIUSSS-EMTL (profil pharmacologique).

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DU PROGRAMME DE CANCÉROLOGIE

- Confirmation ministérielle de financement de la thérapie cellulaire CAR T-cell pour le traitement de cancers hématologiques et désignation du CIUSSS-EMTL comme centre de référence adulte au Québec (et au Canada).
- Mise en place du comité aviseur de cancérologie.
- Mise en place du Réseau sarcome – déploiement du centre de référence (HMR) et du comité de gouverne.
- 1ère infusion CAR T : le 14 août 2019.
- Mise en place du comité d'implantation CAR T.
- Planification opérationnelle des changements de locaux et des cascades de déménagements suite à l'obtention de nouveaux espaces.
- Amorce du Programme de survivance (octobre 2019).
- Déménagement du Centre de référence pour investigation désigné (CRID) et de la clinique CAR T.
- Fusion du 5BCD (transfert du 5B sous la gouvernance clinique du programme de cancérologie afin d'augmenter la capacité en lits pour les patients CAR T).
- Début des capsules de formation spécialisées en cancérologie (mars 2019).
- Dossier « bâtiment modulaire » (36 lits) dédié aux clientèles oncologiques en mode accéléré dans le contexte de la COVID-19.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES ÉQUIPES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

- Comités « Équipes-Qualité » pour le Service de prévention et de contrôle des infections : volets CIUSSS, communautaire et hospitalier.
- Campagne sur l'hygiène des mains dans toutes les installations du CIUSSS.
- Réalisation d'audits sur l'hygiène des mains par les services (unités de soins, secteurs de l'imagerie médicale, etc.).
- Accès assuré à des ressources consacrées à l'hygiène des mains telles que la cafétéria, côté terrasse de l'HMR, l'unité de soins intensifs de l'HMR, les unités de soins HMR-HSCO (libellé Agrément), etc.
- Diffusion en continu sur les écrans numériques du CIUSSS.
- Développement en continu du site intranet : lignes directrices et documents de références, ainsi que notifications d'alerte, outils d'information, guides, vidéos de formation, etc.
- Collaboration au projet « Maison des naissances ».
- Maintien du partenariat avec les services des blocs opératoires (HSCO, HMR) – URDM.
- Élaboration du plan d'action 2019-2020 par les conseillères en prévention et contrôle des infections, volets hébergement et santé mentale.
- Formation de cinq conseillères sur la Norme Z317.13.17 Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé.
- Dépôt du Programme de prévention et contrôle des infections.
- Développement d'un algorithme de C. difficile pour les CHSLD de l'IUSMM.
- Développement d'un programme de surveillance des infections urinaires en CHSLD avec un outil de cueillette des données.
- Collaboration sur le feuillet portant sur les soins des cathéters urinaires pour les usagers des soins à domicile.
- Développement d'une formation en ligne sur les principes de prévention et contrôle des infections pour les bénévoles.

- Audits et rapport à la SAPA sur les audits de procédure de désinfection des bains en CHSLD.
- Développement de capsules en ligne sur la technique de désinfection des bains.
- Développement d'une formation en ligne sur les pratiques de base en prévention et contrôle des infections pour tous les employés du CIUSSS.
- Développement d'une formation en ligne sur la préparation à la saison hivernale, équipe communauté.
- Développement d'outils « Aide-mémoire Syndrome d'allure grippale (SAG) » et « Gastroentérite infectieuse d'allure virale (GEV) » et formations données en présentiel sur tous les quarts de travail J/S/N pour le volet hospitalier.
- Collaboration au développement d'audits sur l'hygiène des mains (questionnaires employés et usagers) pour le service jeunesse.
- Collaboration pour l'harmonisation de l'affichage COVID-19 à travers le CIUSSS.
- Participation et collaboration à l'ouverture du SNT COVID-19 et suivi des mesures PCI.
- Participation et collaboration à l'ouverture des centres de dépistage COVID-19 et suivi des mesures PCI (cliniques Chauveau, mobiles et pour les employés).
- Participation et collaboration à la reprise des activités en CLSC et cliniques externes en contexte pandémique.
- Participation et collaboration à l'évaluation des CDÉ et des LIM du territoire en contexte de COVID-19.
- Développement de l'outil Balise des équipements requis de protection individuelle pour la COVID-19.
- Participation du CIUSSS-EMTL à l'AIPI : présentation d'une affiche (fientes de pigeons).
- Participation à la Semaine nationale de la sécurité des usagers : nombreux kiosques PCI (exercice d'hygiène des mains avec lampes UV, promotion de la vidéo de formation « Pratique de base », remise d'autocollants PCI, visioconférence de l'officier de prévention, etc.).
- Collaboration au projet Hygiéniste dentaire, volet communauté CIUSSS.
- Collaboration au développement des deux nouvelles affiches de précautions additionnelles CP-AFH-025/CP-AFH-023, en lien avec la COVID-19.
- Développement de différentes affiches et aide-mémoire de réutilisation de l'équipement de protection individuelle en contexte de pénurie.
- Rédaction de la procédure MRSI, équipement de protection individuelle avec masque N-95.
- Rédaction de la procédure de réutilisation des masques de procédure et des masques N-95.
- Collaboration au développement des feuillets pour les proches aidants et visiteurs en CHSLD en contexte de COVID-19.
- Collaboration et développement de la procédure de déplacement sécuritaire pour un cas suspect ou confirmé de COVID-19, ainsi que les rôles et responsabilités des acteurs impliqués.
- Collaboration auprès du Service d'hygiène et salubrité pour les procédures de nettoyage et de désinfection selon les précautions additionnelles en lien avec la COVID.
- Collaboration, selon leur besoin, avec les partenaires des RPA, RI, CHSLD privés et privés conventionnés dans la mise en place des mesures lors d'éclosion.
- Déploiement des SVO communauté et en hospitalier.
- Mise à jour des pyramides d'alerte de suspicion de maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), volet communauté et hospitalier.
- Instauration de la garde téléphonique en milieu communautaire.
- Collaboration de la PCI avec différents secteurs spécialisés pour l'élaboration de leur prise en charge de la clientèle suspecte ou confirmée COVID-19 (ex. : néonatalogie, salle d'accouchement, ophtalmologie, bloc opératoire).
- Formation à l'accueil de tous les nouveaux employés du CIUSSS et formation PCI pour les nouveaux employés de la DSI.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DES AFFAIRES MÉDICALES ET VOLET ADMINISTRATIF DE LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

- Exercice de recensement et de consolidation des besoins en effectifs médicaux en spécialités pour le plan quinquennal des PEM en spécialités 2021-2025, transmis au MSSS.

- Exercice de projection des besoins en effectifs médicaux en omnipratique pour le territoire et la région, à la demande du Département régional de médecine générale de Montréal pour le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS).
- Mise en place de neuf comités de sélection pour la désignation de chefs départementaux dont le mandat prenait fin en 2020.
- Mise en place de salles de pilotage tactiques sectorielles pour plusieurs des secteurs de la DSP.
- Mise en place d'un poste de commandement au siège social de la DSP du CIUSSS-EMTL pendant la première vague de COVID-19.
- Soutien actif au comité d'examen des titres.
- Soutien actif aux tables médicales.
- Ateliers de travail pour la révision des règlements départementaux.

Direction des soins infirmiers (DSI)

La Direction des soins infirmiers (DSI) du CIUSSS a redéfini cette année son offre de service dans un contexte de révision structurelle de la gouvernance clinique dans l'organisation. L'offre de service proposée s'imprègne des principes directeurs d'une structure agile, déterminée à mettre en place les moyens pour mobiliser, de concert et avec humanisme, tant l'organisation que les professionnels vers des soins et services de haute qualité. La DSI désire également soutenir plus activement la mission universitaire de cinq façons.

1. Gestion et soins humanistes

Au premier chantier prioritaire, en cohérence avec l'affiliation universitaire du CIUSSS-EMTL, le Modèle humaniste des soins infirmiers – Université de Montréal (UdeM), véhiculé auprès de tous les étudiants de la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'UdeM, a été formellement adopté à la DSI. Ainsi, dans le futur, les employés nouvellement diplômés et les stagiaires en sciences infirmières trouveront leurs repères en intégrant nos milieux de soins qui seront désormais plus enracinés dans des pratiques cliniques et organisationnelles empreintes d'humanisme.

2. Développement des compétences

Le chantier concerne tout ce qui entoure le développement des compétences infirmières. Voici quelques réalisations significatives de la DSI en lien avec ce chantier au cours de l'année 2019-2020 :

- Différentes spécialités. Révision ou élaboration de programmes d'orientation dans différents secteurs pour les infirmières, les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), les aides de services et les préposés aux bénéficiaires.
- Différentes spécialités. Soutien spécifique aux employés et gestionnaires répondant lors de suivis complexes de probation, de compétences ou professionnels.
- Différentes spécialités. Participation au projet de fidélisation des finissantes du baccalauréat SOI 3716 : offres d'emploi post-stage de fin d'études.
- Différentes spécialités. Suivi et interventions conjointes dans le dossier d'évaluation de condition physique et mentale (collaboration DSI et DRHCAJ).
- Différentes spécialités. Soutien à la supervision de stages de premier cycle et de deuxième cycle universitaire.
- Différentes spécialités. Soutien aux directions cliniques dans le contexte de la COVID-19 via différentes initiatives et interventions :
 - Élaboration de contenu, formation et soutien au personnel (prise en charge, dépistage, EPI, documentation).
 - Collaboration à la mise en place d'un soutien téléphonique en centre hospitalier et de soins de longue durée (CHSLD) pour répondre aux questionnements cliniques des employés.
 - Collaboration à la création de cliniques de dépistage et d'évaluation, incluant l'élaboration de procédures/d'outils, ainsi que de la formation et du soutien aux équipes sur le terrain.
 - Élaboration de contenu et orientation du personnel en contexte de réaffectation/délestage.
 - Participation à des rencontres animées par la doyenne de la Faculté des sciences infirmières pour contribuer à l'identification de stratégies compensatoires conciliant les besoins des milieux cliniques et ceux des stagiaires de l'Université de Montréal (UdeM) en contexte d'urgence sanitaire (activités à distance, laboratoires, révision à l'embauche des activités non vues en stage).
 - Adaptation de l'offre de stages afin d'amoindrir les impacts appréhendés de la pandémie sur les apprentissages des stagiaires (changements de milieux, modalités pédagogiques adaptées, utilisation de la technologie).
- Santé mentale. Création et mise en place de la séance d'accueil des stagiaires en soins infirmiers de l'UdeM en santé mentale, en collaboration avec DSMDI et la DRH.

- Santé mentale. Formation de base en intraveinothérapie des infirmières dans le cadre d'un projet de recherche de la Banque Signature à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM).
- Milieux hospitaliers. Mise en ligne sur l'intranet des contenus de formation à l'embauche des infirmières, infirmières auxiliaires et CEPI pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) et l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO).
- Urgences milieux hospitaliers. Participation au projet pilote de rehaussement de la pratique des infirmières auxiliaires.
- Chirurgie. Participation au projet pilote d'implantation du référentiel de compétences infirmières (RÉCI), unité 8AB de l'HMR.
- Médecine et chirurgie. Contribution à des ateliers portant sur la révision des rôles et responsabilités des membres des équipes de soins des unités.

3. Développement des pratiques cliniques et de la pratique infirmière avancée

Ce chantier encadre et favorise l'expansion des rôles et des activités des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), des conseillères cadres en soins infirmiers (CCSI) et des conseillères en soins infirmiers (CSI) dans l'organisation. Il centre ses efforts sur le développement de la pratique infirmière et de la pratique infirmière avancée.

Développement des pratiques cliniques

- Maladie chronique. Soutien au projet de maîtrise en sciences infirmières de Mme Aldja Gnemmour ayant permis l'implantation de la prescription infirmière en cessation tabagique.
- Soins palliatifs. Travaux réalisés dans le cadre du plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie :
 - Déploiement de formations ministérielles sur les soins palliatifs destinés aux divers professionnels œuvrant dans tous les secteurs du CIUSSS, en collaboration avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.
 - Déploiement d'un projet de repérage précoce de la clientèle pouvant bénéficier d'une approche palliative en CHSLD, en collaboration avec la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).
 - Création, en collaboration avec la Direction SAPA, d'une présentation portant sur la planification préalable des soins et l'approche palliative pour les résidents en CHSLD et leurs proches.
- Soins palliatifs. Constats du Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) pour les demandes d'aide médicale à mourir (AMM), besoin :
 - de formations auprès des équipes de soins;
 - d'enseignement auprès des usagers et de leurs proches;
 - d'espace de discussion, d'échange et de soutien pour les équipes de soins impliquées dans le processus d'AMM.
- Soins palliatifs. Création, par le GIS, d'un questionnaire sur l'AMM dans le but de comprendre les différents enjeux qui touchent les médecins et les professionnels de la santé dans le processus de l'AMM et d'améliorer le soutien aux équipes de soins dans l'administration de l'AMM. Des actions concrètes découleront de l'analyse des résultats obtenus.
- Santé mentale. Soutien au projet de maîtrise de Mme Isabelle Moretti ayant mené au déploiement d'un accompagnement infirmier en regard des hallucinations auditives chez l'usager en santé mentale.
- Santé mentale. Collaboration à la révision du processus de triage à l'urgence psychiatrique de l'IUSMM ainsi qu'à la structure de l'activité de réorientation de la clientèle non urgente.
- Soins hospitaliers. Collaboration au développement et au déploiement de la planification précoce et conjointe des congés (PPCC).
- Soins hospitaliers. Implantation d'une nouvelle feuille de suivi de dosage ingesta/excreta à remplir par les préposés aux bénéficiaires dans les deux centres hospitaliers.
- Soins hospitaliers. Mise à jour de la politique d'encadrement de recours, de l'ajustement et de la cessation de la surveillance accrue des usagers.

- Différentes spécialités chez l'adulte. Mise en place des bonnes pratiques en gestion de la douleur :
 - Implantation de nouveau formulaire de surveillance des paramètres cliniques à l'HSCO.
 - Mise à jour d'aide-mémoire à l'HSCO et à l'HMR (Guide clinique pour le soin de l'usager présentant de la douleur; Aide-mémoire signes neurologiques).
 - Implantation de la nouvelle échelle d'évaluation de la sédation et du bloc moteur à l'HSCO dans les secteurs concernés.
 - Implantation d'un nouveau formulaire de surveillance clinique en lien avec le service d'analgésie postopératoire à l'HSCO.
- Pédiatrie. Amorce de l'implantation d'une approche visant la gestion de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant : création d'une formation spécifique sur la plateforme de formation continue, implantation des trousseaux de distractions et révision des protocoles de sédation.
- Pédiatrie, urgence. Collaboration au développement et à l'implantation de la procédure de réanimation cardiorespiratoire (code rose).
- Néonatalogie. Implantation des soins du développement neuro-protecteur et axés sur la prévention du traumatisme (SDDNAPT) en soins intensifs néonataux. Ceci inclut une politique, un protocole infirmier et la mise à jour des ordonnances individuelles préformatées (OIP), des méthodes de soins infirmiers et des plans de soins infirmiers.
- Chirurgie. Développement et implantation du Programme pour une récupération rapide (PURR/ERAS) en chirurgie thoracique à l'HMR.
- Chirurgie. Développement des outils d'enseignement aux patients « De retour à la maison après une chirurgie » (gynécologique, thoracique, générale), l'HMR; l'HSCO.
- Chirurgie. Développement des OIP chirurgie gynécologique d'un jour, thoracique, orthopédique.
- Oncologie. Déploiement d'un programme de développement des compétences infirmières et éducation à l'usager pour la thérapie à base de cellules CAR-T.
- Oncologie. Implantation de la méthode de soins nationale d'administration de chimiothérapie et d'immunothérapie intraveineuse et d'un aide-mémoire.
- Oncologie et différentes installations du CIUSSS. Déploiement d'un aide-mémoire sur les précautions cytotoxiques.
- Oncologie. Implantation en radio-oncologie du plan de soins de suivi aux survivants du cancer découlant du projet de stage de deuxième cycle en sciences infirmières de M. Yan Caron (stagiaire FSI).
- Oncologie. Développement de la règle de soins infirmiers requise à la décongélation et l'infusion de greffons cellulaires, de cellules hématopoïétiques, de lymphocytes et de cellules immunes effectrices.
- Hémodialyse. Collaboration au transfert des activités cliniques dans le nouveau Centre intégré de dialyse Raymond-Barcelo, particulièrement les secteurs de pré-dialyse et des modes autonomes.
- Hémodialyse. Collaboration à la réorganisation du travail du secteur de la dialyse péritonéale, incluant l'éducation à l'usager, dans le but d'augmenter le volume de clientèle en mode autonome.
- Endoscopie. Implantation d'un procédé de suivi systématique postpolypectomie par une infirmière afin de diminuer le temps d'attente de la divulgation des résultats de pathologie aux usagers pour lesquels il n'y a pas de pronostic de carcinome ou de dysplasie de haut grade. Une ordonnance collective (OC) et une OIP ont été créées afin d'encadrer cette pratique novatrice au Québec.
- Hémodynamie et soins intensifs. Implantation de l'Impella, un dispositif d'assistance ventriculaire percutané (OIP et feuille de surveillance).

Développement de la pratique infirmière avancée

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a énoncé ses intentions d'augmenter significativement la présence des IPS dans les milieux de soins québécois. Ainsi, le CIUSSS-EMTL s'engage à faire sa part en établissant une cible de 135 IPS en fonction dans l'organisation d'ici 2025. Voici quelques bons coups réalisés cette année en lien avec cet objectif :

- Création du Comité IPS ayant pour but d'assurer des milieux de stage et de travail attractifs et propices à une intégration favorable des IPS.
- Atteinte du plus grand volume de stages et d'embauches d'IPS jusqu'à présent.
- Accueil de 4 stagiaires IPS en soins de première ligne (IPSPL), 4 stagiaires IPS en soins aux adultes (IPSSA) et 2 stagiaires IPS en santé mentale (IPSSM).
- Développement de 4 nouveaux milieux de stage en réponse aux besoins et intérêts diversifiés des étudiants du programme IPS.
- Embauche de 7 IPS ayant complété avec succès leur formation, pour un total de 34 IPS au CIUSSS-EMTL.
- Développement de 4 nouveaux milieux de pratique pour les IPS : néonatalogie (IPSNN), santé mentale, oncologie (IPSSA) et GMF-R.
- Programme d'accueil, de mentorat et d'accompagnement individualisés des stagiaires et des IPS embauchées.
- Activités de simulation et de maintien à jour des connaissances cliniques selon une approche interdisciplinaire.
- Participation aux travaux préparatoires et à la visite d'agrément du programme IPS-SM de la FSI par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins.
- Animation d'une activité de pratique avancée IPSSA sur l'Approche collaborative. L'activité a été réalisée en juillet 2019 par visioconférence avec les autres établissements recevant des stagiaires et des IPSSA dans la région de Montréal.

4. Qualité des soins infirmiers

Ce chantier consiste à déployer un programme d'amélioration continue de la qualité (PACQ) des soins infirmiers. À terme, le PACQ a pour but de promouvoir une démarche structurée d'amélioration et un calendrier des activités transversales d'évaluation. Une standardisation des modalités de mesure et d'évaluation d'indicateurs sensibles aux soins infirmiers, des stratégies de diffusion des résultats et des plans d'action correctifs ou de consolidation sera proposée.

- Structure de gouvernance de la qualité des soins infirmiers. Mise en place d'une structure de gouvernance de la qualité des soins, en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires – volet pratiques professionnelles (DSM-PP), la Direction des services professionnels (DSP) et la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ). Cette structure soutiendra la réponse aux normes de pratique infirmière règlementées ou qui font l'objet de démarches d'accréditation et éventuellement d'intégration du PACQ.
- Analyse organisationnelle et plan intégrateur d'amélioration de la qualité des soins. Mise en lumière d'enjeux associés aux compétences et à la qualité des soins à la clientèle dans l'organisation, particulièrement en courte durée et en santé mentale, en réponse aux objectifs stratégiques du CIUSSS. Élaboration et suivi d'un plan intégrateur d'amélioration de la qualité des soins, lequel a inspiré la redéfinition de l'offre de service de la DSI.
- Télésanté. La télésanté est un dossier organisationnel transversal faisant l'objet d'une nouvelle norme d'Agrément Canada. Il est porté par la DSI, conjointement avec la Direction des ressources technologiques (DRT). Une collecte d'information pour dresser le portrait de l'utilisation de la télésanté dans les différents services cliniques de notre CIUSSS a été réalisée en 2019-20. La pilote clinique en télésanté, la Directrice adjointe pratiques professionnelles et excellence en soins infirmiers, a rencontré les gestionnaires des services de télésanté pour connaître les divers services et mieux exercer son rôle de pilote clinique pour l'organisation. Un calendrier de rencontres a aussi été mis en place avec le Centre de coordination de la télésanté du CHUM, ce qui a permis de développer un partenariat qui positionne notre CIUSSS parmi les leaders dans l'accompagnement et le développement des services de télésanté.
- Suivi de la visite de l'OIIAQ 2018. Poursuite du développement d'outils pour stations visuelles opérationnelles (SVO) afin de répondre aux recommandations de l'OIIAQ, suite à la visite des installations de l'HMR et de l'HSCO en décembre 2018. Ces recommandations concernaient les enjeux de qualité qui s'observent dans tous les milieux de soins et s'appliquent à l'ensemble du personnel en soins infirmiers, donc pour tous les secteurs du CIUSSS.
- Planification de la visite de l'OIIAQ 2020. Soutien du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) et la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

(SAPA) dans la préparation de la visite du comité d'inspection professionnelle de l'OIIAQ, prévue en avril 2020 (retardée en raison de la crise sanitaire).

- Planification de la visite de l'OIIAQ 2020. Création d'une section intranet pour soutenir les gestionnaires et les infirmières auxiliaires en préparation à la visite. Cette section regroupe la documentation relative à la visite, des liens vers de la formation, la boîte à outils développée suite aux recommandations de la visite précédente et le rapport de cette visite.
- Suivi de la visite de l'OIIQ 2019. Suivi du plan d'action de 2019 élaboré et déposé à l'OIIQ.
- Agrément. Soutien des directions et des secteurs ciblés lors de la visite d'Agrément Canada en novembre 2019.
- Agrément. Mise à jour et consolidation du processus d'amélioration continue contributive de la norme médecine, un outil d'évaluation de la qualité de la pratique infirmière complété par les assistantes-infirmières chef au quotidien.
- Semaine de la sécurité. Contribution aux animations destinées aux employés du CIUSSS, incluant l'activité « Roue de fortune DSI », ayant pour objectif de diffuser de l'information relative aux PORs portées par la DSI.
- Mesures de contrôle. Réalisation d'un rapport sommaire portant sur l'application des mesures de contrôle en étroite collaboration avec la Direction des services multidisciplinaire - volet pratiques professionnelles et les programmes clientèles. Conformément aux exigences de l'article 118.1 de la LSSSS, l'organisation est tenue de faire état des principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle. Voici les principaux faits saillants issus du rapport déposé au Comité de vigilance et de la qualité (CVQ) pour l'exercice financier 2019-2020, ainsi que les objectifs prioritaires pour l'année 2020-2021.

Faits saillants 2019-2020

- Création d'un comité interdisciplinaire d'analyse de cas cliniques complexes en lien avec l'application du protocole interdisciplinaire « Application des mesures de contrôle » pour l'IUSMM, en collaboration avec la DPSMDI.
- Déploiement d'une formation continue partagée intitulée « Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle », disponible depuis septembre 2019 sur la plateforme de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial.
- Déploiement d'une capsule de formation spécifique en contexte de soins à domicile pour l'équipe de gestionnaires et du personnel en encadrement clinique (PEC) de la Direction de la Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP).
- Harmonisation des contentions abdominales et de poignetières/chevillères pour les 2 sites des urgences de santé physique.
- Poursuite des travaux de développement du registre de données harmonisées pour le CIUSSS-EMTL aux fins de mesure et de suivi des indicateurs.

Objectifs prioritaires pour l'année 2020-2021

- Déterminer et déployer le mécanisme de suivi et de soutien le plus approprié selon les besoins exprimés par les directions clientèles, notamment, un comité opérationnel d'analyse de cas complexes dans les secteurs DI-TSA-DP, SAPA-SPGS et DPJASP.
- Déployer le nouveau registre d'application des mesures de contrôle pour le secteur DPSMDI d'ici décembre 2020 puis dans les autres secteurs du CIUSSS selon un échéancier qui reste à déterminer;
- Fixer des cibles d'atteinte d'une diminution de l'utilisation des mesures de contrôle en concordance avec le déploiement du registre.
- Développer le contenu de formation spécifique pour l'hébergement (personnes âgées) et les unités d'hospitalisation en soins physiques.
- Assurer le déploiement de la formation spécifique pour le secteur de la santé mentale.
- Intégrer le contenu de formation en lien avec le protocole d'application des mesures de contrôle dans les programmes d'orientation des différentes disciplines.
- Procéder à la mise à jour des annexes du protocole visant les outils de référence cliniques tels que le matériel de contention autorisé et les dépliants à l'intention des usagers et leurs proches.

- SIDIEF. Adhésion en tant que membre promoteur du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF), une organisation mondiale qui a pour mission principale de faciliter le partage des expériences et des savoirs infirmiers à travers le monde francophone afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts aux populations.
- Santé Canada. Planification et coordination de la visite d'inspection de cinq jours de Santé Canada au programme de don rénal vivant à titre de responsable de l'assurance qualité du programme de greffe rénale (février 2020).

5. Excellence en soins infirmiers

Le centre d'excellence en soins infirmiers (CESI), fondé en 2002, reprend ses activités dans une optique de transversalité au sein du CIUSSS et à travers un arrimage harmonieux avec la mission universitaire et les axes d'excellence de l'organisation. Les activités du CESI correspondent à quatre dimensions : **1) infrastructure de rayonnement**. En tant qu'espace physique et virtuel érigé par et pour le personnel en soins infirmiers, le CESI offre des occasions de reconnaissance et de diffusion des réalisations infirmières significatives. Tous les membres des équipes de soins infirmiers, professionnels ou non, sont appelés à rayonner au CESI. Ensuite, dans une optique **2) de partage et d'utilisation des connaissances** de l'échelle locale à internationale, le CESI propose un ensemble d'activités et des mécanismes de communication permettant d'influencer la communauté infirmière à s'approprier de l'information dérivée de la science ou scientifiquement crédible. Puis, le CESI désire promouvoir une **3) culture de recherche et d'innovation**. Ses leaders incitent au questionnement des pratiques infirmières conventionnelles et accompagnent la réalisation de projets cliniques et de recherche innovants. Le CESI aspire également à une mobilisation importante de la relève de chercheurs infirmières au CIUSSS-EMTL. Enfin, en étroite collaboration avec les maisons d'enseignement, le CESI optimise **4) l'attraction, la rétention et l'expérience pédagogique**. Le CESI entrevoit l'attraction et la rétention des infirmières et infirmiers en pratique avancée comme un prérequis à des soins et services plus humains et de qualité. De plus, il encourage la réalisation d'études en sciences infirmières de tous niveaux. Il favorise la fluidité du parcours pédagogique ainsi que l'accès à des environnements d'apprentissage attractifs, propices à la réussite de stages et de projets de recherche universitaire. Voici quelques réalisations concernant l'excellence en soins infirmiers :

- Attribution de bourses d'études en soins infirmiers et sciences infirmières à 13 infirmières de l'HMR et 3 infirmières de l'HSCO, en soutien à leur cheminement académique tant de niveaux collégial qu'universitaire. Trois de ces boursiers étaient des conseillers ou conseillers cadres en soins infirmiers de la DSI, soit Billy Vinette (2^e cycle), Catherine Hupé (3^e cycle) et Mayari Linares (2^e cycle).
- Publication d'articles scientifiques publiés dans des périodiques révisés par les pairs.
 - ✓ IPSSA et IPSPL. Dans un numéro spécial de la revue *La Gérotoise* (vol 30(1)), intitulé *Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) : une valeur ajoutée à l'accessibilité et la qualité des soins*, deux IPS de la DSI du CIUSSS-EMTL ont rédigé comme premier auteur des articles au sujet des rôles primordiaux de l'IPS en soins aux adultes et en soins de première ligne auprès de la clientèle de personnes âgées de plus de 65 ans. Il s'agit de Chantal Fortin, IPSSA depuis quinze ans, exerçant en néphrologie à l'HMR et récipiendaire d'un prix Florence de l'OIIQ – leadership en 2016, ainsi que de Manon Renière, IPSPL, nommée au prix de l'enseignement CIUSSS-EMTL en 2019, qui entame bientôt sa dixième année de pratique au CLSC Mercier-Est.
 - ✓ Néonatalogie. L'expertise d'Isabelle Milette, IPS en néonatalogie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, spécialiste de hauts niveaux en soins de développement du nouveau-né, notamment membre du Réseau de recherche en interventions infirmières (RRISIQ) et formatrice à l'OIIQ, a été au cœur de la rédaction de deux ouvrages de référence guidant la pratique infirmière au Québec et à l'international. Il s'agit du livre *Les soins de développement : assurer la neuroprotection du nouveau-né* (2^e éd.) et de l'article *Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the NICU A Joint Position Statement From CANN, CAPWHN, NANN and COINN* (Advances in Neonatal Care : 19(1)).

- ✓ Santé mentale, soins aigus et personne âgée. Un article publié, intitulé *Quality Standards of Nursing Care for The Use of Chemical Restraints: A Realist Review* (Journal of Nursing Care Quality, vol 35(3)), a été corédigé par Catherine Hupé, DSI, ses directeurs de thèse de l'UdeM et de l'Université de Victoria, ainsi que Valerie Gazemar, conseillère cadre à la DSI.
- ✓ Obstétrique, urgence, soins critiques et néonatalogie. Catherine Hupé a également contribué à la publication d'un article découlant d'une collaboration avec des chercheurs de l'Institut de Cardiologie de Montréal (Maheu-Cadotte et al.) intitulé : *Gestational Hypertension, Preeclampsia and Peripartum Cardiomyopathy: A clinical Review* (American Journal of Nursing, vol 119(11), 2-10).
- Présentations scientifiques ou professionnelles.
- Participation à des comités externes et autres implications en soins infirmiers.

LES DIRECTIONS ADMINISTRATIVES

Direction de la logistique (DL)

Dans le contexte de la pandémie COVID-19, la Direction de la logistique a dû relever un défi sans précédent. Des mesures importantes ont été mises en place pour répondre aux activités et absorber le choc de la crise d'approvisionnement en équipements de protection individuelle (ÉPI) par le développement de partenariats locaux. Devant cette croissance des activités, des processus de prise en charge ont rapidement été mis en place afin d'assurer le flux des approvisionnements, des transports et de la distribution des ÉPI.

Les principales réalisations de l'équipe de la Logistique

La centralisation de l'offre de services de transports de biens a permis une mutualisation des activités. Ce rehaussement de l'offre de services a permis de répondre à des activités additionnelles de la buanderie et des Services alimentaires, et ainsi, permettre une réduction des coûts liés aux fournisseurs externes. Sous forme de projet-pilote, une navette pour transporter la clientèle en santé mentale a été déployée pour les trois centres hospitaliers. Ce déploiement a permis de répondre, entre autres, aux attentes d'Agrément Canada quant au déplacement sécuritaire de cette clientèle. Propre à la COVID-19, un processus de traçabilité pour la livraison des équipements de protection individuelle (ÉPI) jugés critiques a été mis en place. La collaboration étroite avec les Services de laboratoire pour la prise en charge des transports internes et externes des échantillons a permis l'optimisation des activités, notamment pour l'IUSMM et l'HMR.

Le Service de la gestion contractuelle a bonifié son offre de services pour mieux répondre aux besoins croissants des directions, et plus particulièrement, pour soutenir la Direction des projets immobiliers majeurs (DPIM) et la Direction des services techniques (DST) dans la réalisation des projets prioritaires. L'ajout de ressources et le développement d'outils de suivi et de planification ont permis de mieux répondre aux besoins croissants de l'organisation.

L'expertise du personnel de l'entreposage et de la distribution a permis au CIUSSS-EMTL de faire face à la pandémie par une gestion centralisée et rigoureuse des ÉPI, notamment par la centralisation des produits en partenariat avec les directions cliniques. La prise en charge du réapprovisionnement et la préparation des cas au Centre intégré de dialyse Raymond-Barcelo sont une belle démonstration de la valeur ajoutée de la Direction de la logistique en soutien aux directions cliniques.

Lors de la pandémie, le Service des achats a su relever le défi d'assurer l'approvisionnement des fournitures essentielles à la prestation des soins et services. Le service a utilisé son expertise pour identifier de nouvelles sources d'approvisionnement, évaluer la qualité des produits avec l'appui des directions concernées, conclure des ententes et coordonner la réception des fournitures. L'équipe des achats était mobilisée à l'atteinte de l'objectif d'avoir en main les produits requis pour les employés et usagers du CIUSSS-EMTL. Le Service des achats a travaillé en étroite collaboration avec les directions soutien (Direction des ressources technologiques (DRT) et Direction des services techniques (DST)) pour relever les défis de chacune.

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ)

Les principales réalisations des équipes de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Équipe de gestion intégrée des risques et sécurité de l'information

- Élaboration d'un outil pour introduire des indicateurs de gestion des risques dans les salles tactiques des directions cliniques.
- Mise à jour de la conformité et promotion des cinq pratiques organisationnelles requises (POR) en lien avec la sécurité des usagers.
- Organisation des activités de la Semaine nationale de la sécurité des usagers, du 28 octobre au 1^{er} novembre 2019, en collaboration avec plusieurs partenaires.
- Intégration du mandat de sécurité de l'information à la DQÉPÉ en juin 2019 et poursuite de la mise en place des mécanismes de gestion des incidents et de sensibilisation des employés.

Équipe d'amélioration continue de la qualité et de l'éthique

- Administration de trois sondages : mobilisation du personnel, mobilisation des médecins et culture de sécurité.
- Préparation des équipes à recevoir la visite d'Agrément Canada le 20 novembre 2019 dans le cadre de l'évaluation de la norme santé publique sous la coordination régionale du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (99,1 % de conformité) et du 24 au 29 novembre 2019 avec un taux de conformité de 96 % pour la séquence 1 (gouvernance, leadership, gestion des médicaments, prévention et contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables) et un taux de conformité de 98,5 % pour la séquence 2 (programme jeunesse et programme santé mentale, dépendance et itinérance).
- Déploiement de l'Espace partenariat en santé et service sociaux (EP3S). Processus de recrutement et de la banque de patients partenaires formalisés, augmentation du nombre d'initiatives de 15 % (plus de 25 initiatives) et du nombre de patients partenaires participant à une ou plusieurs initiatives de l'établissement.
- Contribution à l'élaboration et au déploiement de la boîte à outils de lutte à la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.
- Consolidation de la mise en place de mécanismes de consultation et de concertation en éthique clinique, organisationnelle et de la recherche.
- Intégration du mandat lié à la certification des résidences privées pour personnes âgées.

Équipe de la planification, performance et intelligence d'affaires

- Animation de la salle de pilotage stratégique qui a permis de soutenir l'alignement des actions concertées et un suivi collectif des objectifs de l'établissement. Le déploiement à 93 % des salles de pilotage tactique, a permis d'atteindre l'objectif de 80 % au 31 mars 2020. Enfin, déploiement de 340 stations visuelles opérationnelles au sein de l'établissement sur un total de 420, soit 81 % d'implantation et dépassant l'objectif de 80 % au 31 mars 2020.
- Accompagnement du Service performance et coordination des projets organisationnels avec la facilitation de 66 projets soutenus de type « amélioration de la performance, gestion de projet ou résolution de problèmes ». En date de la fin de l'année, 25 projets ont été clôturés et 41 sont toujours actifs.
- Soutien à la gestion des projets organisationnels liés à la COVID-19, soutien à l'implantation des nouvelles pratiques cliniques et adaptation des soins et services, soutien à la planification de la reprise des activités en contexte de pandémie.
- Soutien au comité stratégique sur l'organisation des soins et services en contexte de pandémie, notamment pour les critères de priorisation, nouveaux modèles de fonctionnement, matrice de priorisation, plan de reprise des activités, plan d'organisation des soins et des services en prévision d'une 2^e vague.

- Soutien du Service infocentre et intelligence d'affaires à plus de 100 demandes de soutien et réalisation de 45 projets de développement d'outils d'aide à la décision, notamment des outils portant sur trois grands chantiers critiques du CIUSSS-EMTL, le suivi des vagues de la pandémie, l'harmonisation des systèmes d'information des urgences et l'automatisation de nombreux rapports récurrents.
- Mise en place d'un tableau de bord sur les données essentielles à une gestion efficace et efficiente de la pandémie. Le TB COVID-19 est un outil d'intelligence d'affaires dans un format Power BI interactif permettant de soutenir la prise de décision et les arrimages au sein des mécanismes de coordination de l'établissement.
- Conception de l'indice de l'expérience patient qui permet d'avoir une vision globale de la perception des utilisateurs de services sur la qualité des soins et des services qu'ils ont reçus.

Enjeux et priorités d'action

- Poursuivre le déploiement de l'Espace partenariat en santé et services sociaux ainsi que le recrutement des patients partenaires pour augmenter le nombre de projets concernant le partenariat de soins.
- Améliorer l'accès aux bases de données clinico-administratives dans le but d'avoir une plus grande agilité en regard de la création de tableaux de bord soutenant la prise de décision.
- Intégrer la démarche d'amélioration continue de la qualité, de l'éthique et de la gestion des risques au quotidien et dans le système de gestion existant.
- Développer des projets qui intègrent l'interdisciplinarité et la richesse des expertises présentes dans la direction, notamment en soutien à l'amélioration des trajectoires de services et à la continuité des soins et services pour plus de simplicité pour la clientèle.
- Poursuivre l'intégration des mandats liés à la maltraitance, à la gouvernance des données, à la sécurité informationnelle et à la certification des résidences privées pour personnes âgées.
- Stimuler la mission universitaire au sein de la direction.

Direction des projets immobiliers majeurs (DPIM)

Les principales réalisations des équipes des projets immobiliers majeurs

Agrandissement et modernisation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Le projet est à l'étape du dossier d'opportunité qui consiste à effectuer l'ensemble des études requises, notamment la réalisation du plan clinique du CIUSSS-EMTL, d'un programme fonctionnel et d'une analyse immobilière. La condition des installations étant très précaire, l'établissement a opté pour un mode innovateur d'ingénierie simultanée permettant d'accélérer la réalisation du dossier d'opportunité en réduisant au maximum les délais de production, et ce, de plusieurs mois.

Plan clinique

L'équipe de la Direction adjointe – Volets clinique et professionnel, en collaboration avec les cliniciens, médecins et professionnels de l'établissement, a tenu une série d'entrevues et de rencontres de travail au cours desquelles ont été évalués les besoins de soins et services anticipés de la clientèle desservie d'ici 2036. S'appuyant sur les projections de volumétries des activités et sur les pratiques cliniques les plus récentes ou émergentes, l'équipe a produit des fascicules par secteurs cliniques. Cette méthodologie séquentielle d'élaboration du plan clinique a permis un consensus sur les principales orientations afin de fournir, au fur et à mesure des approbations préliminaires obtenues, les intrants nécessaires à l'élaboration du programme fonctionnel. L'établissement est en attente de l'émission de l'avis de reconnaissance après quoi, la version finale du plan clinique sera déposée.

Programme fonctionnel

Le programme fonctionnel vise à évaluer les espaces requis en termes de mètres carrés. Il détermine également les critères de conception selon les modes de fonctionnement futurs pour chaque secteur, et ce, tant clinique que logistique, technique, technologique et administratif pour répondre aux besoins anticipés dans le plan clinique. Les éléments déterminés dans le programme fonctionnel seront par la suite traduits en une analyse immobilière qui permettra d'identifier, parmi les différentes options immobilières explorées, la configuration de l'hôpital du futur.

L'équipe de la Direction adjointe – Volets technique, immobilier, technologique et logistique a mené en parallèle une série d'ateliers afin de dégager les visions et les balises (énoncés structurants) qui paramètreront la conception du futur hôpital. L'exercice couvre sept axes principaux, allant de la standardisation des espaces, à l'adaptation des espaces à l'expérience des usagers, en passant notamment par les visions technologiques et logistiques. La démarche doit être complétée d'ici la fin de l'été 2020. Un autre grand segment du plan de travail a été amorcé et se poursuivra également jusqu'à la fin de l'été, soit la tenue de plus d'une centaine d'entrevues afin de cueillir les besoins fonctionnels spécifiques aux différents secteurs du futur centre hospitalier.

Approche de Design collaboratif

Inspiré des meilleures pratiques, l'établissement a opté pour la démarche d'innovation Lean Design pour soutenir la réalisation de ce grand projet. Cette démarche participative vise à stimuler et à guider les réflexions des acteurs du projet dans un objectif de simplifier les parcours des patients et l'ensemble des flux pour une meilleure expérience de soins.

L'équipe de la Direction adjointe – Volets transformation, capital humain et performance a réalisé trois grands ateliers Kaizen qui ont permis de dégager les consensus et les intrants requis à l'élaboration du scénario d'organisation fonctionnelle le plus optimal – Canevas essentiel du programme fonctionnel. Les ateliers réalisés sont : Kaizen 1 – Vision et principes directeurs du nouvel établissement de l'Est, Kaizen 2A (volet clinique) et Kaizen 2B (volet logistique) – Diagnostics des parcours patients et des flux logistiques, Kaizen 3 - Positionnement des secteurs les uns aux autres selon les liens fonctionnels souhaités. Un quatrième atelier (Kaizen 4) portant sur l'évaluation de différents scénarios d'organisations fonctionnelles initialement prévu à fin du

mois de mars a été reporté à une date ultérieure en raison de la pandémie COVID-19. La conclusion sera effectuée en septembre 2020.

Analyse immobilière

La Société québécoise d'infrastructures (SQI), en collaboration avec la Direction adjointe - Volets technique, immobilier, technologique et logistique, a mandaté une firme spécialisée pour la réalisation d'une étude patrimoniale et urbaine. Étape préalable à l'amorce des travaux de l'analyse immobilière, cette étude évalue l'ensemble des bâtiments du site de l'hôpital afin de déterminer leurs caractéristiques historiques et architecturales et, ainsi, dégager leur valeur patrimoniale. L'étude ne démontre aucun enjeu particulier pouvant représenter une entrave au projet de modernisation. D'autres études ont également été effectuées dont l'étude de potentiel archéologique.

Agrandissement et réaménagement du bloc opératoire et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale

L'analyse immobilière réalisée par la SQI, basée sur le plan clinique et le programme fonctionnel déposé à l'automne 2018, a mis en lumière la nécessité d'augmenter la capacité énergétique afin d'alimenter adéquatement le nouveau bâtiment. Ce faisant, le projet a pris une portée plus importante qui le classe désormais dans les projets majeurs de plus de 50 M\$ nécessitant la réalisation d'un dossier d'opportunité. Le 3 juillet 2019, le Conseil des ministres a autorisé la mise à l'étude et l'élaboration du dossier d'opportunité pour ce projet avec la possibilité de réaliser un stationnement étagé sur le site si l'option retenue le requérait.

L'équipe de la DPIM, en collaboration avec la SQI, s'est donc rapidement mis à l'œuvre afin de préparer le dossier d'opportunité tel de prévu à la Directive sur la gestion des projets majeurs d'infrastructure publique. Le dossier sera déposé au cours du mois de mai prochain. Le processus d'attestation et d'approbation suivra par la suite son cours auprès des instances concernées et devrait se conclure à l'automne 2020.

Direction des ressources financières (DRF)

En continuité avec les exercices précédents, la Direction des ressources financières s'est assurée d'un suivi périodique des résultats financiers ainsi que la présentation de ceux-ci aux différents paliers de l'établissement ainsi qu'au MSSS. Ces suivis rigoureux ont permis de soulever plusieurs sous-financements pour lesquels nous avons reçu des subventions non récurrentes du MSSS pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.

Plusieurs travaux ont été élaborés pour évaluer l'efficacité des activités cliniques notamment dans le cadre des financements à l'activité du ministère.

L'urgence sanitaire liée à la COVID-19 a demandé à la Direction des ressources financières de consolider ses plans de relève dans ses équipes et d'établir des processus de suivis des dépenses selon les attentes ministérielles.

Les enjeux importants pour l'exercice financier 2020-2021 seront la continuité des travaux afin d'obtenir un financement récurrent du MSSS pour les éléments de sous-financement démontré ainsi que l'actualisation de la dernière année de notre plan d'équilibre budgétaire (PEB) triennal.

Coût par parcours de soins et de services

L'année 2019-2020 fut une première année de chargement des données financières et cliniques de l'exercice 2016-2017 de l'établissement dans l'outil CPSS afin d'évaluer la conformité et la qualité des intégrations. Aussi, l'implication de la Direction des services professionnels durant l'année au groupe d'implantation de la solution est un atout dans l'amélioration de la qualité des informations cliniques.

Démarche LEAN

La Direction des ressources financières a introduit dans ses suivis de gestion les activités de la salle tactique permettant un suivi des enjeux, l'identification des priorités et de l'évolution des dossiers de la direction.

La démarche LEAN visant l'élaboration d'un processus organisationnel d'évaluation de projet a été complétée en 2019-2020. Une première présentation a été effectuée aux partenaires des autres directions.

Enjeux de ressources humaines

Bien que le remplacement de personnel quittant la direction demeure un enjeu constant, le recrutement de nouveaux employés a permis à la Direction des ressources financières de réaliser la totalité de ses mandats dans les délais prescrits.

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques travaille en partenariat avec les différentes directions cliniques et de soutien afin d'équilibrer et de stabiliser la main-d'œuvre dans nos différents points de service et centres d'excellence. La grande précarité du marché de l'emploi avec ses pénuries de main-d'œuvre marquées jumelée aux besoins grandissants de la population du territoire en matière de santé, ont exercé une vive pression sur nos équipes. Plusieurs initiatives concrètes ont été déployées pour prendre soin du personnel, soutenir les gestionnaires, développer les compétences, favoriser un milieu de travail attractif et épanouissant, et promouvoir l'établissement à travers l'action de ses médecins et ses employés.

En 2019-2020, propulsé par ses campagnes de visibilité, le CIUSSS a procédé à 2 436 nouvelles embauches, alors qu'il y a eu 1 763 départs pour la même période. Cela équivaut donc à un gain net de 673 embauches supplémentaires. Fait à noter, ce nombre d'embauches annuelles équivaut au plus haut total depuis la création de notre CIUSSS en 2015.

Milieu de travail sain et sécuritaire

L'objectif d'offrir un milieu de travail sain et sécuritaire à tout le personnel a été appuyé par une initiative nationale visant l'établissement d'une culture de prévention des accidents, de promotion de la santé et de soutien au bien-être des individus. Le CIUSSS a été pour a donc pu bénéficier d'une enveloppe de 1,5 M\$ afin de bonifier ses moyens d'agir et d'appuyer les initiatives organisationnelles de prévention des accidents, de promotion de la santé et de soutien au retour au travail du personnel. Notamment, des initiatives telles que l'intégration de coachs soutenant les principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires (PDSB), de l'approche relationnelle de soins (ARS) et des principes de prévention et contrôle des infections (PCI) ont eu un apport important, lors de la gestion de la pandémie de COVID-19, sur la prévention de la propagation du virus en contexte de soins et d'hébergement.

Plusieurs travaux ont été effectués en mode paritaire, notamment la mise en place du comité paritaire de santé et sécurité du travail (CPSST) qui rassemble des représentants des directions de l'organisation ainsi que de toutes les catégories de personnel syndiqué.

Également, plusieurs enjeux ont été travaillés en collaboration avec les représentants syndicaux afin de trouver ensemble des solutions durables. La situation du temps supplémentaire obligatoire, la mobilité du travail et la mise en place d'un groupe d'évaluation en sont quelques exemples.

De plus, le projet de recherche sur le retour durable en santé s'est poursuivi pour une troisième année. Désormais dans sa phase de mise en application, ce projet nous a permis d'innover dans le suivi et l'accompagnement du personnel dans une démarche de retour au travail durable, impliquant le supérieur et son équipe dans les cas d'absence pour maladie en lien avec un trouble de santé mentale courant. Ainsi, à l'aide d'une plateforme informatique interactive, les différents intervenants impliqués dans le retour au travail (syndicat, supérieur immédiat, service de santé) peuvent mesurer la capacité du travailleur et les conditions à mettre en place pour faciliter et pérenniser le retour au travail.

Consolidation des changements entourant les nouvelles conventions collectives locales

Plusieurs actions ont été déployées afin d'opérationnaliser adéquatement les modalités issues des nouvelles conventions collectives locales négociées l'an dernier. Notamment en matière de gestion des affichages de postes, des disponibilités dorénavant applicables à l'ensemble du CIUSSS et de bien d'autres modalités touchant les conditions d'exercices du personnel.

Le CIUSSS a d'ailleurs convenu de nouvelles modalités, par entente, avec les quatre accréditations syndicales, sur l'enjeu des aménagements du temps de travail, visant ainsi à offrir plusieurs options favorisant tant la disponibilité du personnel que l'adéquation entre le travail et la vie personnelle.

Afin de bien soutenir les gestionnaires dans l'intégration de ces changements, le CIUSSS a poursuivi les séances de formation des gestionnaires sur les nouvelles conventions collectives locales, mises en application depuis février 2019.

Accueil, formation et développement du personnel et des gestionnaires

Une nouvelle approche de l'accueil organisationnel du nouveau personnel a été déployée avec une formule participative, axée sur l'acquisition de repères et de parrainage tout au long des premiers mois au sein de notre organisation. Malgré la situation de pandémie en fin d'année, la presque totalité des objectifs de formation a été atteinte, en plus d'avoir pu utiliser des sommes reportées des années précédentes, éliminant par le fait même le retard accumulé. Nos visiteurs d'Agrément Canada ont d'ailleurs souligné l'excellente organisation, le soutien disponible et la performance de l'offre déployée à notre personnel. Aussi, la DRHCAJ a complété le déploiement de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) permettant une meilleure accessibilité à une variété de formation des plus pertinentes.

De plus, de nombreuses initiatives ont été développées pour les gestionnaires. Tout d'abord, le nouveau programme de développement et de formation du personnel d'encadrement adapté aux compétences identifiées dans le modèle de gestion du CIUSSS. Aussi, le programme de relève des cadres intermédiaires a vu le jour, en complément du programme national de développement des leaders (PNDL), visant à former une relève des cadres supérieurs et hors cadres. Plusieurs des candidats de ce programme ont d'ailleurs été sélectionnés par la suite pour des postes de gestion supérieure dans notre organisation.

Efforts en période de pandémie

Bien que la pandémie de COVID-19 soit toujours active dans nos milieux, elle aura marqué la fin d'année 2019-2020. Nous ne pouvons passer sous silence l'extraordinaire contribution de ces équipes lors de la gestion de la pandémie et leur grande agilité.

- Développement et déploiement des lignes info-COVID, info gestionnaires et suivi des employés en isolement en processus de dépistage.
- Développement de formations pour l'intégration des aides de service provenant de *Je contribue* et d'une formation sur l'outil *Teams* de Microsoft, le tout en moins de trois jours.
- Gestion quotidienne des directives de santé publique et soutien aux gestionnaires dans l'application des nombreuses normes de prévention des infections.
- Collaboration quotidienne avec les représentants syndicaux pour répondre aux nombreux enjeux inhérents à la gestion de la pandémie.
- Création de l'ESSTcouade, une équipe qui a émis des recommandations de moyens de sécuriser les lieux en temps de pandémie.

Expérience client de l'employé

Le service à la clientèle aux employés du CIUSSS est notre priorité. La mise en place d'un nouveau système téléphonique au service des conditions d'exercices a permis de traiter plus de 10 000 appels. À cela s'ajoute le traitement de plus de 30 000 courriels annuellement. Un tableau de bord a été instauré afin de mesurer le délai de traitement, celui-ci ayant diminué substantiellement. Une foire aux questions a été finalisée afin de rendre accessibles les réponses aux questions les plus fréquentes.

Le Service responsable des activités de remplacements, crucial au bon fonctionnement de la prestation de soins et de services, a reçu pas moins de 30 000 appels par mois en 2019-2020. Le délai de traitement a pu être maintenu en dessous du seuil fixé de 30 secondes, pour chacune des périodes de l'année avec un record de 19 secondes de traitement en novembre 2019. Il est donc possible d'évaluer rapidement les besoins de personnel. Par ailleurs, un partage des

responsabilités des employés de l'équipe par catégorie d'emploi a été instauré ce qui a permis une meilleure vision transversale de l'analyse des besoins et des stratégies d'actions à entreprendre.

Rehaussement à temps complet

Le CIUSSS vise un meilleur équilibre et une plus grande stabilité au travail pour nos employés. Une offre de rehaussement des postes à temps complet a été diffusée pour les infirmières auxiliaires et les infirmières détentrices d'un poste à temps partiel. Cela dans une perspective d'améliorer l'accès aux soins et services tout en s'assurant de l'utilisation optimale des compétences des différents membres de l'équipe de soins infirmiers

Les résultats sont les suivants :

- 122 infirmières ont demandé le rehaussement, pour un gain estimé de 35,9 ETC ;
- 429 infirmières auxiliaires ont demandé le rehaussement, pour un gain estimé de 156,4 ETC. De ce nombre, 47 % des personnes ayant opté pour le rehaussement à temps complet sont titulaires d'un poste d'équipe volante et 58 % des postes rehaussés sont associés à la DPSAPA.

Campagne de recrutement *Passez à l'Est*

Du 16 septembre au 13 octobre 2019, moins d'un an après le lancement de sa campagne publicitaire de recrutement *Passez à l'Est*, le CIUSSS a procédé au lancement d'une deuxième campagne, sous le thème : « L'innovation en santé, ça se passe dans l'Est ». Ce message de tête a été décliné selon les quatre axes d'excellence du CIUSSS, soit l'hémato-oncologie, l'ophtalmologie, la santé mentale et la néphrologie. La campagne a été déployée en combinant différentes stratégies médias (affichage dans le métro et dans les universités, achats publicitaires sur le Web, animation sur les réseaux sociaux, habillage des camions du CIUSSS...) afin d'être vue par le public le plus large possible. Également, la campagne a été diffusée sur l'ensemble des outils de communication du CIUSSS : Internet, réseaux sociaux, intranet, écrans numériques et Le Fil.

Lancement du journal *Le Fil*

Le journal de la vie organisationnelle du CIUSSS, LeFil.ca, a été lancé le 4 avril 2019. Entièrement numérique, il se veut une vitrine de la vie du CIUSSS montrant le dynamisme et la passion de ses employés. Bâti pour informer les employés de ce qui se passe dans l'organisation : portraits, visites guidées des installations, vox pop et quiz, etc. C'est également un moyen important de reconnaissance des bons coups et de l'implication de notre personnel et médecins. Durant l'année, le journal a publié 215 articles et a connu très rapidement de beaux succès. Le lectorat du journal *Le Fil* est en croissance constante depuis son lancement avec plus de 6 700 abonnés en moins d'un an.

Bilan média

En matière de couverture médiatique, l'année 2019-2020 se démarque par la diversité des contenus puisque plusieurs secteurs d'activités du CIUSSS ont occupé brillamment le devant de l'actualité. De grandes innovations cliniques, des expertises et des découvertes uniques ainsi que des histoires touchantes et pleines d'humanité, mettant en valeur le personnel, les usagers et les résidents, mais aussi la qualité des services offerts par le CIUSSS ont été mises de l'avant dans les médias. Au total, près de 800 apparitions dans les médias ont été répertoriées pendant l'année, dont 93 % sont à connotation positive.

D'abord, le premier anniversaire de la greffe du visage pratiquée au Canada et réalisée par le Dr Daniel Borsuk et le personnel de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) en 2018 a encore captivé en faisant l'objet de plus d'une cinquantaine d'apparitions médias. L'annonce entourant la disponibilité du traitement par CAR-T Cell à l'HMR, qui est le premier centre canadien à offrir ce traitement aux patients adultes au pays, a occupé l'attention des médias, avec plus d'une quarantaine d'apparitions. Aussi, l'expertise de Dr Marco Charneux, chef de l'urgence de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO), a été grandement sollicitée par la plupart des grands médias du

Québec (27 apparitions) afin de parler des précautions à prendre pour bien faire face à une tempête hivernale. Enfin, le Dr François Marquis, chef des soins intensifs de l'HMR, a occupé une grande portion de l'espace médiatique comme expert de la COVID-19, entre janvier et mars 2020 avec 37 apparitions médias.

De garde 24/7

Le succès de la série *De garde 24/7* produite par le groupe Avanti et diffusée sur les ondes de Télé-Québec ne s'est pas démenti. Ainsi, le CIUSSS a reçu cette année l'équipe de tournage non seulement à l'HMR, mais également à l'HSCO et à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) permettant ainsi de découvrir d'autres milieux de soin souvent méconnus. Cette série permet au public de découvrir la réalité de la médecine actuelle à travers les yeux de ses professionnels, entre autres, à l'urgence, au bloc opératoire, en néonatalogie, en ophtalmologie, en orthopédie, aux soins intensifs ainsi qu'en psychiatrie. Acclamée par la critique et les téléspectateurs, *De garde 24/7* a remporté encore une fois cette année plusieurs honneurs, ici et à l'international.

Numérique

L'année 2019-2020 aura permis au CIUSSS de se démarquer au niveau du numérique. En plus de lancer son tout nouveau site Web, conçu spécifiquement pour les citoyens, et les deux nouveaux sites Web de ses deux centres de recherche, le CIUSSS s'est aussi distingué en lançant sa propre page Instagram en février dernier. En ce qui concerne Facebook, l'établissement a vu son nombre d'abonnés doubler. De plus, le nombre de publications et d'échanges avec la population a également bondi considérablement.

Service des affaires juridiques

Un tout nouveau champ d'expertise s'est développé au sein du service des affaires juridiques avec la certification des ressources RPA. En effet, il est maintenant possible d'accompagner les directions du CIUSSS en matière de certification des ressources RPA directement par les avocats de notre contentieux. De plus, en matière de ressources d'hébergement, l'expertise interne des avocats des affaires juridiques s'est développée afin d'accompagner les directions du CIUSSS dans le suivi des ententes RI-RTF ainsi que des ententes avec des RA.

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques est fière, de par les actions menées dans la dernière année, de contribuer à améliorer les soins et services donnés à la population.

Direction des ressources technologiques (DRT)

Principales réalisations de l'équipe des ressources technologiques

- **Réalisation des principales activités en lien avec la COVID-19 - Informatique**
Déploiement des projets en télésanté, de plateformes de collaboration et de communication (TEAMS, Zoom, REACT), d'outils numériques, de systèmes téléphoniques d'appels Info-COVID et de soutien psychologique aux employés, de soutien aux sites non traditionnels de dépistage, de tablettes numériques en CHSLD pour briser l'isolement des résidents.
- **Réalisation des principales activités en lien avec la COVID-19 – Génie biomédical**
Acquisition d'environ 3 200 équipements médicaux d'une valeur de 11 M\$: installation de deux unités temporaires de soins intensifs à l'HMR et à l'HSCO, remplacement des ventilateurs et des humidificateurs désuets, de 15 appareils d'hémodialyse, et des incubateurs désuets pour les nouveau-nés, équipement fourni aux CHSLD pour faire face à la COVID-19, aux cliniques de dépistage ainsi qu'à un site non traditionnel.
- **Plan directeur des ressources informationnelles (PDRI) 2020-2025**
- **Modernisation des infrastructures technologiques et des systèmes d'information de l'imagerie médicale**
- **Modernisation de l'infrastructure technologique de sauvegarde**
- **Autres réalisations du génie biomédical**
Diminution du taux de vétusté des équipements médicaux spécialisés de 10 %, certification BNQ des laboratoires de biologie médicale, visite bien réussie d'Agrément Canada, remplacement du système de monitoring et de télémétrie de l'Urgence de l'HSCO, rehaussement de l'appareil de résonance magnétique (IRM 2) de l'HMR, remplacement des lits des unités de soins de l'HSCO, remplacement et déploiement de 275 pompes à perfusion à l'HSCO.

Enjeux

- Forte désuétude des infrastructures technologiques et téléphoniques.
- Absence d'un identifiant unique patient et d'un dossier patient unique, multiplicité des instances et manque d'uniformisation des SI, peu de communication numérique avec les patients telle que rendez-vous et portail.
- La désuétude des infrastructures devenue un risque important pour la sécurité.
- Report des acquisitions et du déploiement des équipements médicaux non essentiels / non liés à la COVID-19 lors de la 1^{re} vague.
- Pénurie mondiale de certains équipements médicaux due à la pandémie, et retard dans les livraisons.

Direction des services techniques (DST)

- Service alimentaire :
 - ✓ Optimisation de l'organigramme pour mieux soutenir les équipes terrain et les gestionnaires.
 - ✓ Nombreux travaux majeurs effectués : réfection des planchers de la production à l'IUSMM, modernisation de la distribution à l'HMR pour l'implantation du nouveau système de distribution alimentaire aux patients, réfection des planchers de la laverie au CHSLD Jean-Hubert-Biermans, réaménagement au CHSLD Judith-Jasmin pour l'implantation des chariots de distribution.
 - ✓ Remplacement de nombreux équipements afin de contrer la désuétude du parc immobilier.
 - ✓ Réorganisation de la ligne de service de la cafétéria de l'HMR pour favoriser une plus grande fluidité de son achalandage augmenté suite à la fermeture des autres points de service.
 - ✓ Transition de nouvelles nomenclatures des liquides épaissis en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires.
 - ✓ Dans le contexte de la pandémie : passage du jour au lendemain du service du vrac au plateau au CHSLD Joseph-François-Perreault, production et achat de plus de 20 000 portions de mets principaux afin d'éviter des bris des services en cas d'absence du personnel.
- Service de l'hygiène-salubrité et buanderie-lingerie
 - ✓ Optimisation de sa structure de gestion en développant un volet spécifique à l'assurance et contrôle de la qualité des activités en hygiène-salubrité et buanderie-lingerie.
 - ✓ Dotation d'un poste d'agent de planification, de programmation et de recherche afin de s'inscrire directement dans ces objectifs d'optimisation de performance administrative et opérationnelle. Il s'agit d'un élément essentiel qui a permis de soutenir adéquatement et proactivement l'équipe de gestionnaires dans les actions nécessaires et considérables dues à la pandémie, afin de venir en soutien à notre clientèle et nos partenaires.
 - ✓ Création d'une équipe spéciale COVID pour mieux réagir en contexte de pandémie.
- Service de l'entretien et fonctionnement
 - ✓ Centralisation de ses opérations de gestion de la maintenance assistée par ordinateur.
 - ✓ Mise en place d'un calendrier d'entretien préventif qui ajuste la fréquence d'entretien selon la criticité des équipements à entretenir.
 - ✓ Actualisation et coordination de multiples déménagements en lien avec les différentes transformations (santé mentale, regroupement des services administratifs, etc.).
- Planification immobilière et projets de construction : réalisation de différents projets totalisant plus de 24 M\$ et incluant des travaux de rénovation fonctionnelle dans les unités de soins des centres hospitaliers et CHSLD, du maintien d'actifs et de la résorption du maintien d'actifs:
 - ✓ Réaménagement de divers secteurs en lien avec le projet CAR-T
 - ✓ Remplacement d'un appareil d'IRM (HMR)
 - ✓ Mise aux normes d'unités de retraitement de dispositifs médicaux (HSCO, HMR, IUSMM)
 - ✓ Mise aux normes de plusieurs systèmes de ventilation (HSCO et HMR)
 - ✓ Modernisation d'ascenseurs à l'IUSMM et en CHSLD
 - ✓ Rénovation de la cuisine à l'IUSMM
 - ✓ Rénovation de l'enveloppe du bâtiment Fernand-Séguin
 - ✓ Aménagement pour le nouveau groupe de médecine familiale (GMF) en CLSC
 - ✓ Réfection de salles de bain et douches en CHSLD
 - ✓ Amélioration de l'unité de fin de vie de HSCO
- Service de sécurité, prévention incendie, mesures d'urgence, sécurité civile (MUSC) et stationnement
 - ✓ Diffusion des plans de mesures d'urgence harmonisés pour l'ensemble des missions du CIUSSS et formation au personnel.

- ✓ Bonification de divers systèmes de sécurité.
- ✓ Actualisation de la mutation des équipes de l'HMR et de l'HSCO d'un Service de sécurité privé vers une équipe de surveillants en établissement qui sont des employés du CIUSSS et harmonisation des formations prodiguées au personnel de sécurité.
- ✓ Prise en charge de la gestion des stationnements du CIUSSS (7000 abonnés). La rédaction de la politique, de la procédure et des règlements requis est en cours.
- ✓ Avancement des plans de continuité des activités. Les travaux entamés ont pu servir en contexte de pandémie (continuité des activités, délestage, etc.).
- ✓ Mise en place d'une patrouille véhiculaire pour venir en aide, soutenir tout le personnel et intervenir dans tous nos bâtiments, surtout en CHSLD et en CLSC.
- ✓ Intégration et implication des agents d'intervention en milieu psychiatrique (AIMP) sur les unités de soins à l'IUSMM, développement d'une belle collaboration entre la direction de la santé mentale et le Service de sécurité.
- ✓ Durant la COVID-19 (vague 1), soutien à l'ensemble des directions du CIUSSS, des partenaires du réseau et externes, communication avec la coordination régionale et ministérielle de MUSC, mise en place d'une patrouille et d'une garde COVID-19.

Enjeux et priorités

- Service alimentaire
 - ✓ Mise en fonction des nouveaux chariots de distribution alimentaire dans les trois sites suivants: HMR - pavillon Maisonneuve, CHSLD Judith-Jasmin, CHSLD Pierre-Joseph-Triest.
 - ✓ Travaux majeurs à effectuer au CHSLD Saint-Michel pour la réfection des planchers, à l'HSCO pour les réfrigérateurs et congélateurs.
 - ✓ Mise en place d'une 4^e caisse à la cafétéria de l'HMR.
 - ✓ Nouveau système de caisse à l'HSCO.
 - ✓ Harmonisation des prix entre toutes les cafétérias du CIUSSS.
 - ✓ Travaux de réflexion quant au futur hôpital et au mode de fonctionnement à privilégier en participant aux ateliers Kaizen.
 - ✓ Implantation du système GRM pour les commandes en CHSLD.
- Entretien et fonctionnement
 - ✓ Entretien des bâtiments et des équipements grandement vétustes pour prévenir la dégradation du parc immobilier.
 - ✓ Allocation d'espaces en CLSC et en centre hospitalier pour le regroupement d'équipes cliniques dans une même installation. Des travaux de planification sont en cours.
 - ✓ Soutien à l'organisation avec toutes les demandes COVID-19 venant de toutes nos installations, courte et longue durée.
- Planification immobilière et projets de construction
 - ✓ Augmentation des budgets d'investissement du MSSS entraînant une augmentation du nombre de ressources professionnelles pour la réalisation des projets et une coordination rigoureuse avec les équipes cliniques pour assurer la disponibilité des espaces à rénover, et ce, de façon à maintenir le service à la clientèle.
 - ✓ Réorganisation de nos effectifs pour maximiser notre offre de service.
 - ✓ Soutien à l'équipe des installations matérielles dans la réalisation de ses interventions.
 - ✓ Coordination des équipes externes et internes dans la réalisation de nos projets.
- Service de sécurité, de prévention incendie, MUSC et stationnements
 - ✓ Travaux relatifs à la gestion des risques en sécurité civile et à la réalisation des plans de continuité des activités de l'ensemble des directions du CIUSSS.
 - ✓ Révision annuelle du plan de chaleur accablante et extrême impliquant toutes les directions de l'établissement.
 - ✓ Rédaction du code orange et du plan de décontamination nécessitant une coordination accrue en MUSC ainsi qu'une mobilisation soutenue des directions concernées.
 - ✓ Harmonisation des stratégies de gestion des stationnements au sein du CIUSSS.

Les principales modifications apportées dans les services

- Service alimentaire : paiement électronique dans les CHSLD et à l'HSCO.
- Implantation de la formation ITCA (Intervention-Thérapeutique-Conduites-Agressives) à l'IUSMM. Les techniques enseignées aux AIMP sont adaptées aux réalités particulières de la clientèle en santé mentale (utilisation des techniques de contrôle non invasives).

Direction de la recherche

Le CIUSSS regroupe deux Centres de recherche reconnus par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), soit celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM) et celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CRHMR).

Les principales réalisations du CRIUSMM

EFFECTIFS DU CRIUSMM	
Chercheurs	2019-2020
Réguliers	37
Associés	26
Total	63
Étudiants	2019-2020
1 ^{er} cycle	25
2 ^e cycle	45
3 ^e cycle	128
Postdoctorants	9
Fellow	1
Total	208

- **Journées annuelles de la recherche épatante**

Le 7 juin 2019 a eu lieu la Journée annuelle de la recherche du CRIUSMM. Sous le thème « Pour une pensée critique en santé mentale », près de 40 conférencières et conférenciers ont présenté les réalisations de la dernière année.

Parmi les moments forts de cette journée, on retrouve la conférence d'ouverture du Dr Yasser Khazaal qui portait sur l'utilisation des applications pour téléphones intelligents en santé mentale. Un autre moment fort a été la présentation de Stéphane Potvin, chercheur au CRIUSMM, qui a exposé les dernières données disponibles depuis la légalisation du cannabis. En fin de journée la conférence de clôture de Martin Gibert, de l'Institut de valorisation des données (IVADO), abordait les questions d'éthique de l'intelligence artificielle.

Tout au long de cette journée, les 130 participantes et participants ont pu assister à 22 présentations étudiantes en 180 secondes et découvrir des kiosques de plusieurs équipes de recherche.

- **Une récolte importante de subventions**

Les chercheurs du CRIUSMM ont récolté 17 subventions de recherche en tant qu'investigateur principal et 3 bourses salariales. Le montant total pour toutes ces subventions et bourses dépasse les 6M\$. Ces différents projets de recherche portent, entre autres sur :

- ✓ les effets de la consommation de cannabis et de la métamphétamine;
- ✓ le stress vécu chez les personnes issues des communautés LGBTQ+;
- ✓ les effets à long terme de la prise de contraceptifs oraux à l'adolescence;
- ✓ la qualité et la pratique de l'électroconvulsivothérapie;
- ✓ les pratiques de réadaptation axée vers le rétablissement;
- ✓ l'intervention précoce de la détresse psychologique chez les équipes soignantes;
- ✓ l'augmentation des capacités des personnes recevant des prestations d'assistance sociale.

- **Centre AXEL**

Dans la dernière année, le Centre AXEL a mis de l'avant sa mission qui est d'accélérer l'intégration des nouvelles technologies dans la prévention, le dépistage et le traitement des problèmes de santé mentale. Parmi toutes les réalisations, deux ont été plus importantes dans le développement de ce projet structurant.

1. **Site Internet Aller mieux à ma façon**

Aller mieux à ma façon est un outil d'autogestion pour les personnes vivant avec un trouble anxieux, dépressif ou de bipolarité. Ce site internet est l'aboutissement de nombreuses années de travail pour une équipe dirigée par la chercheuse Dre Janie Houle, psychologue. Cette équipe composée de professionnels, mais surtout de pairs chercheurs démontre l'importance de la participation des personnes vivant avec un trouble de santé mentale dans la réalisation d'activités de transfert de connaissances. Cette version électronique, réalisée grâce au soutien financier du CRIUSMM, de la Fondation de l'IUSMM, de l'organisme Revivre et du Laboratoire Vitalité, permettra d'aider davantage les professionnels de première ligne et la population québécoise en rendant l'outil plus accessible.

Aller mieux à ma façon a été sélectionné par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour être intégré à la campagne Aller mieux du gouvernement du Québec dans le contexte de la COVID-19.

2. **Disponibilité des applications mobiles +Fort et iSmart**

Depuis plus de 2 ans, deux équipes de chercheurs travaillent à la refonte des applications mobiles +Fort et iSmart. Depuis mars 2020, ces deux applications sont rendues disponibles en anglais et en français dans les magasins d'applications mobiles (Apple Store et Google Store). +Fort offre un soutien aux jeunes victimes d'intimidation en les aidant à mieux comprendre ce qu'ils vivent et en les invitant à essayer des stratégies pour diminuer l'intimidation vécue. iSmart a été développée pour aider le grand public à identifier les situations pouvant susciter un stress chronique et permettre de les neutraliser efficacement grâce aux connaissances en science du stress.

- **Lancement du Réseau canadien pour la recherche sur la schizophrénie et les psychoses**

Le vendredi 24 janvier 2020 s'est tenue la première rencontre du Réseau canadien pour la recherche sur la schizophrénie et les psychoses, à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Cet événement a regroupé plus d'une cinquantaine de personnes issues du réseau de la santé, des milieux universitaires, mais aussi des personnes vivant avec la schizophrénie ou la psychose, ainsi que leurs proches. Ce nouveau réseau a été initié par la chercheuse et psychologue Tania Lecomte et plusieurs autres collaborateurs provenant d'établissements du Québec et du Canada. Le réseau a pour but de rassembler les parties prenantes du milieu de la schizophrénie et de la psychose, de développer des collaborations soutenues et de faire avancer la science.

- **Principaux projets en cours – COVID-19**

Avec le contexte de la COVID-19, plusieurs chercheurs du CRIUSMM ont lancé des projets pour documenter ses effets sur la santé mentale. Parmi tous les projets soumis, on retrouve :

- ✓ Intervention précoce sur la détresse psychologique des équipes soignantes par un programme d'autosurveillance par application mobile – Steve Geoffrion et Stéphane Guay;
- ✓ Un soutien par les pairs en période de COVID-19 : premiers soins psychologiques pour les travailleurs du réseau de la santé présentant des réactions de stress aigu ou de stress post-traumatique – Steve Geoffrion;
- ✓ Mesures de contrôle en milieu hospitalier psychiatrique : l'impact de la COVID-19 sur la prévalence et retour sur 10 ans d'utilisation – Marie-Hélène Goulet;

- ✓ Analyse de la culture de sécurité et des risques biologiques pour les infirmières durant la pandémie COVID-19 – Mélanie Lavoie-Tremblay;
- ✓ Évaluation en temps réel du déploiement de technologies connectées et du partenariat de soins et services dans le contexte de crise sanitaire lié à la COVID19 – Mélanie Lavoie-Tremblay;
- ✓ L'impact de l'émergence de la COVID-19 sur le bien-être et les pratiques de travail du personnel des services de santé mentale au Québec et en Italie – Alain Lesage;
- ✓ Apprentissage et régulation de la peur en laboratoire: un biomarqueur pour prédire les symptômes de détresse psychologique liés à la pandémie de la COVID-19? – Marie-France Marin, Robert-Paul Juster et Julie Leclerc;
- ✓ *Supporting children and adolescents' mental health in the context of pandemic and confinement: A scoping review of interventions and ethical challenges* – Marjorie Montreuil;
- ✓ Étude sur l'impact psychologique de la COVID-19 – Isabelle Ouellet-Morin;
- ✓ Effets sur le rétablissement en santé mentale de l'entraide entre pairs animée en ligne par des pairs aidants certifiés : un essai-pilote – Jean-François Pelletier;
- ✓ Vers un label ISO-Stress: optimiser la gestion du stress chez la clientèle et le personnel du Centre Jeunesse de Montréal-Institut Universitaire pour accroître la qualité des services et le bien-être des employés – Pierrich Plusquellec;
- ✓ Altérations de la santé mentale auprès d'adultes ayant une multimorbidité physique et persistance de ses altérations – Ahmed Jérôme Romain;
- ✓ Étude évaluant l'impact d'un soutien téléphonique aux patients avec un trouble de l'humeur ou troubles anxieux confinés dans le contexte de la pandémie de SARSCoV-2 – Valérie Tourjman.

En plus de ces nouveaux projets, plusieurs chercheurs ont revu des protocoles de recherche en cours pour y intégrer une dimension COVID-19.

- **Présence dans les médias de nos chercheurs – COVID-19**

Les chercheurs du CRIUSMM ont fait plus d'une trentaine d'apparitions médiatiques dans le contexte de la COVID-19. Les principaux sujets sur lesquels nos chercheurs sont intervenus sont :

- ✓ l'anxiété, l'angoisse et les peurs associées à la COVID-19;
- ✓ les stratégies pour s'adapter et pour tendre vers un retour à la vie normale;
- ✓ les liens entre la santé mentale et la santé physique;
- ✓ l'importance du soutien social;
- ✓ la santé mentale et le travail, incluant la santé mentale du personnel soignant.

Les principales réalisations du CRHMR

EFFECTIFS DU CRHMR	
Chercheurs	2019-2020
Réguliers	42
Associés	19
Cliniciens	102
Total	163
Étudiants	2019-2020
1 ^{er} cycle	42
2 ^e cycle	41
3 ^e cycle	67
Postdoctorants	52
Fellow	4
Total	206

L'HMR désigné comme Institut universitaire en hématologie-oncologie et en thérapie cellulaire

Le 21 octobre 2019, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) s'est vu accorder, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, la désignation d'Institut universitaire en hématologie-oncologie et en thérapie cellulaire (IUHOTC). À cette désignation s'ajoute le leadership du Réseau québécois de thérapie immunocellulaire.

Cette importante désignation est accordée en reconnaissance de l'expertise de pointe en soins, en enseignement et en recherche, développée depuis plus de 40 ans par les cliniciens et chercheurs en hématologie et oncologie de l'HMR. L'IUHOTC permettra notamment d'optimiser le développement et la consolidation de la thérapie cellulaire, dont la thérapie immunocellulaire. Elle contribuera également à soutenir le développement d'une expertise reconnue, tant au Canada qu'à l'international, pour les soins spécialisés aux patients, l'enseignement supérieur, la recherche clinique, la recherche fondamentale et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. L'IUHOTC sera assurément un puissant moteur de développement pour le CRHMR.

- **Bourses et subventions, distinctions et rayonnement**

L'excellence des chercheurs du CRHMR a une fois de plus été soulignée cette année. Ainsi, l'extraordinaire qualité de leurs travaux a été reconnue par l'octroi d'importantes bourses et subventions, par l'obtention de distinctions exceptionnelles et par une importante présence médiatique.

Bourses et subventions

Cette année, 8 chercheurs et 27 étudiants ont reçu des bourses du FRQS et 18 chercheurs se sont vus accorder des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), respectivement les organismes subventionnaires les plus prestigieux en sciences biomédicales au Québec et Canada, ainsi que d'autres organismes pour un total d'environ 16,5 M\$.

On compte parmi les récipiendaires les docteurs Karine Bilodeau, Ph. D., Isabelle Brunette, M.D., Sandra Cohen, M.D., May Griffith, Ph. D., MBA, Laura Hulea, Ph. D., Nathalie Labrecque, Ph. D., Sylvie Lesage, Ph. D., chercheuse boursière de mérite FRQS, et Heather Melichar, Ph. D., ainsi que les docteurs Christos Boutopoulos, Ph. D., Lambert Busque, M.D., Santiago Costantino, Ph. D. Jean-Sébastien Delisle, M.D., Ph. D., François Desmeules, Ph. D., Janos Filep, M.D., Casimiro Gerarduzzi, Ph. D., Bruno Larrivée, Ph. D., Frédérick-Antoine Mallette, Ph. D., Éric Milot, Ph. D., Christopher Rudd, Ph. D., Mike Sapieha, Ph. D., Pascal-André Vendittoli, M.D., M.Sc. et Hugo Wurtele, Ph. D. Ce soutien financier contribuera à maintenir les hauts standards de performance des équipes dans leurs quêtes scientifiques.

Parmi ces octrois, soulignons l'obtention par la Dre May Griffith, Ph. D., MBA, de la Chaire de recherche du Canada sur les biomatériaux et les cellules souches en ophtalmologie. Cette chaire de niveau 1, totalisant 1,4 M\$ sur sept ans, permettra à la Dre Griffith de mettre de l'avant un ambitieux projet qui a pour objectif d'offrir un traitement de régénération de la cornée par biomatériaux à des millions de patients devenus aveugles. Un dessein qui a nécessité un changement complet de paradigme et une refonte du concept d'implant.

Le Réseau de cellules souches du Canada a accordé une subvention de 1M\$ à la Dre Sandra Cohen, chercheuse clinicienne au Service d'hématologie et d'oncologie médicale de l'HMR, qui soutiendra une deuxième étude clinique de greffe de sang de cordon amplifié avec UM171, molécule développée par des chercheurs de l'Université de Montréal, effectuée cette fois-ci sur des patients atteints de leucémies aigües et de syndrome myélodysplasique à risque très élevé de rechute après une greffe conventionnelle. Alors que le taux de rechute d'une greffe

chez ces patients est habituellement de 50 %, l'objectif de cette étude est d'obtenir un taux de rechute qui ne dépasse pas 25 %.

En collaboration avec l'Agence spatiale canadienne et la NASA, le Dr Santiago Costantino, Ph. D., en collaboration avec le Dr Mark Lesk, M.Sc., M.D., a obtenu une importante subvention permettant à l'équipe de chercheurs de mettre à profit leur expertise relative à la mesure de la rigidité de l'œil pour éviter aux astronautes les conséquences néfastes sur leur vision des voyages dans l'espace. Pour ce faire, ils proposent d'utiliser une méthode novatrice pour mesurer les propriétés mécaniques de l'œil afin de prédire les maladies et désigner les astronautes à risque avant qu'ils partent en orbite. Il faut savoir que de nombreux astronautes qui vont dans l'espace plus d'un mois développent le *Spaceflight Associated Neuro-Ocular Syndrome* (SANS). La maladie entraîne une importante déformation du globe oculaire et des plis se forment sur la rétine. De retour sur Terre, certains astronautes guérissent en quelques semaines, alors que d'autres ont des problèmes de vision pendant des années.

Distinctions

Au chapitre des distinctions, le Dr Pascal-André Vendittoli, M. D., M.Sc. et clinicien chercheur de mérite FRQS, s'est une fois de plus révélé autant sur le plan de la formation clinique que de la recherche. En effet, dans le cadre des Journées de Formation interdisciplinaire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, Dr Pascal-André Vendittoli, orthopédiste chercheur, s'est mérité le Prix d'excellence en soins 2019 pour son programme de récupération optimisée lors du remplacement de la hanche et du genou en mode ambulatoire. Cette réalisation remarquable est le fruit d'une équipe interdisciplinaire (anesthésistes, personnel infirmier, pharmaciens, internistes, orthopédistes et physiothérapeutes) de l'HMR. Le Dr Vendittoli a également publié, au mois d'août 2019, les résultats cliniques du programme de remplacement de la hanche et du genou effectué en un jour dans la revue scientifique *Orthopaedics & Traumatology : Surgery & Research*. Cette étude a démontré, chez les patients ayant suivi le programme de récupération optimisée, une réduction majeure du taux de complications par patient, une réduction des durées d'hospitalisation et la réduction des coûts hospitaliers.

Lors du 75^e gala de l'ACFAS, tenu le 14 novembre 2019, le Dr Sylvain Chemtob, M.D., Ph. D. et chercheur dans l'axe Santé de la vision, s'est mérité le Prix Léo-Pariseau pour les sciences biologiques et les sciences de la santé. Le Prix Léo-Pariseau est décerné annuellement à une chercheuse ou à un chercheur pour souligner l'excellence et le rayonnement de ses travaux et de ses actions dans le domaine des sciences biologiques ou des sciences de la santé. Sommité reconnue mondialement dans le domaine des maladies de la rétine chez les prématurés, le Dr Chemtob s'est illustré au cours de sa carrière par ses travaux sur la dégénérescence maculaire et a littéralement bouleversé tant la théorie que la pratique dans ce domaine. Ses différentes activités, tout comme la mise en marché des résultats de ses découvertes, ont aussi ouvert de nouvelles perspectives thérapeutiques.

Félicitations à Dre Ariel Wilson, Ph. D. et postdoctorante dans l'équipe du Dr Mike Sapielha, Ph. D., qui s'est mérité le prix Relève étoile du FRQS en septembre 2019 pour sa publication *In Vivo Laser-Mediated Retinal Ganglion Cell Optoporation Using Kv1.1 Conjugated Gold Nanoparticles*, publiée dans *Nano Letters*. Dre Wilson et son équipe ont développé une méthode novatrice d'administration génique qui consiste en l'illumination par laser ultrarapide de nanoparticules d'or à la surface d'une cellule, créant ainsi de petites ouvertures temporaires. Se forme donc une porte d'entrée pour faire pénétrer du matériel génétique thérapeutique dans la cellule. Il s'agit de la première étude à démontrer que cette technique est possible in vivo, et ne présente pas d'effets secondaires toxiques, contrairement à d'autres approches de thérapie génique. Les prochaines étapes porteront sur le potentiel thérapeutique de cette technique dans un contexte pathologique, afin d'observer si une guérison est possible pour les personnes atteintes de maladies oculaires.

Rayonnement

Grâce à l'excellence de ses équipes de recherche, il faut souligner l'importante présence médiatique qu'a eue le CRHMR au cours de l'année. Cette présence médiatique témoigne de l'intérêt porté par le grand public à nos recherches et de la reconnaissance de nos chercheurs en tant qu'experts dans leur domaine. À travers leurs publications, conférences et entrevues, de nombreux chercheurs ont ainsi partagé leurs connaissances et leurs expertises dans des champs aussi variés que l'ophtalmologie, la néphrologie, la thérapie cellulaire, l'oncologie et l'immunologie. À ce titre, soulignons la contribution du Dr Jean-Sébastien Delisle, M.D., Ph. D., dans le cadre de la diffusion du rapport « Statistiques canadiennes sur le cancer 2019 ». Le Dr Delisle, hématologue-chercheur à l'HMR, a agi à titre d'expert dans les médias pour la Société canadienne du cancer (SCC). Il a accordé, en compagnie de sa patiente Mai Duong, plusieurs entrevues afin de commenter ce rapport élaboré par la SCC, l'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada. Cette publication de nouveaux chiffres sur le cancer révèle, entre autres, que la survie pour les cancers du sang a augmenté considérablement depuis 20 ans et ce, en grande partie grâce à l'évolution de la recherche et à la médecine de précision.

C'est la somme de toutes ces réussites individuelles et collectives qui permet au CRHMR d'accroître sa visibilité et son rayonnement, et faire de ce centre de recherche un incontournable dans le milieu de la recherche tant au niveau local, national et international.

Finalement, le CRHMR tient à souligner l'appui inestimable de la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Sans le support financier de cette dernière, le CRHMR ne pourrait recruter et soutenir l'ensemble de ses chercheurs qui sont au cœur de ces importantes retombées scientifiques et ainsi réaliser pleinement sa mission : faire progresser les connaissances biomédicales afin d'améliorer la santé de la population.

Direction de l'enseignement universitaire

Une clientèle étudiante stable

Au cours de l'année académique 2019-2020, le CIUSSS a accueilli 5 400 stagiaires pour un total de 7 295 stages. Pour le niveau universitaire, 2019-2020 s'inscrit dans la continuité des dernières années, c'est-à-dire dans un contexte de croissance constante du nombre de stages. Il y a eu 4 567 stages universitaires, ce qui représente une hausse de près de 4 % par rapport à l'an dernier. Le tableau ci-dessous présente un résumé du volume de stages en 2019-2020.

NOMBRE DE STAGES ET DE STAGIAIRES – CIUSSS-EMTL 2019-2020		
	Nombre de stages	Nombre de stagiaires
Médecine (résidents, externes et étudiants)	3 199	1 394
Recherche (HMR et IUSMM)	409	409
Niveau universitaire autre que médecine et recherche	959	869
Niveau collégial	1 543	1 543
Niveau secondaire	1 185	1 185
TOTAL	7 295	5 400

Sources : Direction de la mission universitaire et Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

L'innovation au cœur des activités d'enseignement

En collaboration avec nos partenaires des établissements d'enseignement, nous avons mis en place un système intégré de gestion des activités administratives reliées aux stages. Effectif depuis avril 2019, ce nouveau système a grandement facilité le traitement des dossiers des stagiaires. Le dossier étudiant est le point de départ d'une fidélisation de son parcours pour devenir un employé de notre organisation.

Dans la continuité de la promotion de nos milieux de stage auprès des établissements d'enseignement, plusieurs milieux communautaires méconnus (ex. : services ambulatoires du centre multiservice gériatrique, service des activités de suppléance rénale et activités ambulatoires d'oncologie) ont été proposés à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour recevoir des stages en soins de première ligne. Ces nouveaux milieux ont été appréciés par les stagiaires pour la variété de l'exposition clinique. Ils souhaitent même revenir pour un stage d'intégration.

Le développement des services de soutien pédagogique

L'année 2019-2020 se place résolument sous le signe du développement des services de soutien pédagogique offerts aux superviseurs de stage. Dans les lignes qui suivent, nous présentons quelques grandes réalisations dans ce domaine.

La Journée de l'enseignement

Le franc succès de la troisième édition de la Journée de l'enseignement a confirmé non seulement la pertinence de cet événement, mais également l'importance de la culture d'enseignement au CIUSSS. En effet, plus de 250 superviseurs, précepteurs, gestionnaires et partenaires y ont participé et ont évalué la journée avec un taux de satisfaction frôlant 100 %.

La première édition des Prix d'excellence en enseignement

Cette année, nous avons lancé la première édition du concours des Prix d'excellence en enseignement. Ce concours vise à reconnaître la contribution des employés et des équipes qui s'impliquent continuellement dans la supervision de la multitude de stagiaires accueillis dans nos installations. En février 2020, nous avons remis quatre prix de 500 \$ à des employés qui se sont distingués par leurs pratiques pédagogiques exemplaires et qui influencent positivement notre milieu d'enseignement, tant par leur engagement que par leur créativité et leur innovation.

Des formations sur mesure

Quatre modules de formation sur l'évaluation et la rétroaction en supervision de stage ont été développés et ajoutés sur l'intranet. Nous avons le souci de personnaliser nos formations afin qu'elles répondent aux besoins spécifiques de notre clientèle. Dans cette optique, nous avons offert des formations sur mesure notamment à des superviseuses en travail social du CLSC Rivière-des-Prairies et à plus de 30 inhalothérapeutes de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale.

Un rayonnement à travers le Québec

Le Service du développement et soutien à l'enseignement du CIUSSS s'est joint à une équipe d'experts de contenu pour l'élaboration de six capsules de formation sur la supervision de stage. Elles seront offertes au cours de l'été 2020 sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial.

La simulation, un domaine en pleine expansion

Le CIUSSS continue sa progression en simulation avec ses laboratoires de soins critiques, d'ophtalmologie, de chirurgie, de néonatalogie, de néphrologie et d'hématologie. Le développement des laboratoires d'urgence se poursuit à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et à l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale. Ces laboratoires permettent de consolider nos axes d'excellence par la disponibilité de plateformes techniques à la fine pointe pour l'enseignement et les projets de recherche des cliniciens et des étudiants.

Des ressources didactiques au service de tous

Le Service des ressources didactiques regroupe l'audiovisuel, la bibliothèque de l'HMR et les centres de documentation de l'HSCO et de l'IUSMM. Les tableaux ci-dessous présentent les principales réalisations de 2019-2020.

SERVICES DE L'AUDIOVISUEL – 2019-2020				
PRINCIPAUX SERVICES	HMR	IUSMM	HSCO	TOTAL CIUSSS
Visioconférences	1 462	387	165	2 014
Livestream	2	7	-	9
Photos patients et transport adapté	275		-	275
Photos pour carte d'identité	3 667	125	-	3 792
Affiches (conception)	2 436 heures		-	2 436 heures
Productions vidéo (nombre d'heures)	1 478 heures	350 heures	-	1 828 heures
Installations et photos d'événements	555	50	-	605

Source : Direction de la mission universitaire

SERVICE DES BIBLIOTHÈQUES ET CENTRES DE DOCUMENTATION – 2019-2020

PRINCIPAUX SERVICES	HMR	IUSMM	HSCO	TOTAL CIUSSS
Consultations du portail bibliothèque (vues uniques)	42 952	S.O.	S.O.	42 952
Consultations du catalogue en ligne (vues uniques)	4 540	2 554	2 277	9 371
Consultations du site CIUP et catalogue (vues uniques)	17 468	S.O.	S.O.	17 468
Prêts de documents	1 342	369	407	2 118
Prêts entre bibliothèques	1 400	1 091	887	3 378
Recherches documentaires et veilles	546	2 452	491	3 489
Aide à l'utilisateur et recherches manuelles	605	447	260	1 312
Édition de publications pour les patients	72	S.O.	S.O.	72
Formations documentaires	10	5	37	52

Source : Direction de la mission universitaire

Quelques actions en lien avec la COVID-19

En raison de la pandémie, la réalisation des stages de formation et de recherche des trimestres d'hiver et de printemps 2020 a été perturbée à différents niveaux. Nous avons assisté à la mise en place de modalités pédagogiques adaptées pour certaines disciplines, mais également à la suspension de la grande majorité des stages dans le réseau de la santé et des services sociaux. Toutefois, la suspension des stages en mars dernier a eu peu de répercussions sur le processus de diplomation des étudiants.

En collaboration avec les directions partenaires, nous avons mis en place un ensemble de mesures pour la reprise des stages en contexte de pandémie. Elles incluent la formation sur la prévention et le contrôle des infections (PCI), l'identification d'une trajectoire pour le dépistage, des kits d'accueil pour les étudiants en médecine, le réaménagement de certains espaces d'enseignement pour répondre aux besoins de distanciation, etc.

Il faut également souligner que notre direction a grandement contribué aux activités de transfert de connaissances par son implication dans la production d'affiches sur la COVID-19, de vidéos de formation, etc. Trois externes en médecine ont agi à titre de bénévoles et sont devenus des agents multiplicateurs de la formation sur les équipements de protection individuelle (ÉPI). Ceux-ci ont donné de la formation en plus de faire des vidéos de formation.

Le Centre d'aptitudes et de simulation en soins aigus transdisciplinaires (CASSAT) a été notamment utilisé pour la formation d'inhalothérapeutes venus prêter main-forte à l'HMR. L'équipe de l'audiovisuel a soutenu les activités cliniques et administratives du CIUSSS en facilitant la réalisation de plus de 350 rencontres via la plateforme Zoom pour des formations, de l'enseignement, la télécomparution à l'IUSMM et l'HMR, etc.

Dans ce contexte de pandémie, il faut redoubler d'efforts pour offrir des milieux de stage sécuritaires, disposant de superviseurs pour encadrer les étudiants et d'activités leur permettant d'atteindre les objectifs académiques et les compétences exigées par leur programme de formation. C'est un défi que nous sommes prêts à relever.

Résultats : entente de gestion et d'imputabilité

Partie 1 : Les résultats des attentes spécifiques au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2019-2020

La première partie concernant l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) rend compte des résultats des attentes spécifiques de l'établissement.

État* R = RÉALISÉE À 100 %
NR = NON RÉALISÉE À 100 %
NA = NON APPLICABLE

TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT*	COMMENTAIRES
SANTÉ PUBLIQUE			
1.1 Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec	Tout d'abord, les CISSS et CIUSSS pourront, participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme. Les établissements devront, ensuite, faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne. Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes, aux déplacements de celles-ci, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et denturologistes. D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.	R	
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS			
2.1 Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatif.	NA	Annulée par le MSSS.
2.2 Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation, portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène ainsi que sur les résultats du 2 ^e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.	R	Partie I réalisée. Partie II annulée.
2.3 Plan territorial d'amélioration de	Le PTAAC constitue un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience	NR	Nouvelle échéance établie pour le 1 ^{er} septembre 2020.

TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT*	COMMENTAIRES
l'accès et de la continuité-PTAAC	depuis 2008. L'établissement doit compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.		
2.4 Plan d'action TSA (2017-2022)	Un suivi des mesures inscrites au Plan d'action TSA publié à l'hiver 2017 est demandé aux établissements afin d'en évaluer son implantation et l'impact des investissements. Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	R	
2.5 Déploiement du programme Agir tôt	Le projet consiste à renforcer le dépistage des potentielles difficultés ou retards de développement chez les enfants avant leur entrée à la maternelle, notamment en utilisant une plateforme numérique, et à rehausser l'offre de services d'intervention auprès de ces enfants et de leurs familles, dans le cadre des programmes suivants: -Vaccination (détection et complétion d'un questionnaire par l'infirmière; -Programme Jeunes en difficulté (JED) (stimulation précoce); -Programme déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA) (services spécifiques et spécialisés). Un rapport de mise en œuvre est demandé pour le 15 janvier 2020 aux établissements.	R	
2.6 Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA	Les délais d'attente et l'adéquation entre les options résidentielles disponibles et les besoins des usagers sont des enjeux rencontrés dans toutes les régions, pour toutes les clientèles des programmes DP et DI-TSA et tous les types milieux résidentiels. Des engagements en termes de résultats seront établis par rapport aux usagers en attente dans les EGI subséquentes. Transmission par les établissements des données sur les listes d'attente et les types de milieux de résidence où vivent les usagers qu'ils desservent en DP-DI-TSA.	R	
2.7 Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD	Le milieu des CHSLD est témoin d'enjeux de main-d'œuvre, d'attraction et de rétention. C'est pourquoi un plan d'action a été développé visant à améliorer l'attraction et la rétention des équipes interdisciplinaires en CHSLD, touchant notamment la promotion, la formation, l'accueil, le développement des compétences, la stabilité des équipes, l'organisation du travail ainsi que la santé et sécurité au travail. Via un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.	R	
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES			
4.1 Consolider l'organisation des soins et des	Le MSSS procède, depuis avril 2016, au déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles en ce qui a trait à la prise en charge et au suivi des personnes atteintes de	NR	Nouvelle échéance établie pour le 14 septembre 2020.

TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT*	COMMENTAIRES
services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches	<p>la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs. Il a été convenu que le plan triennal 2016-2019 serait prolongé d'une année afin de permettre aux établissements d'atteindre les cibles.</p> <p>Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS et CIUSSS devra être produit au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de compte des années précédentes devra être utilisé à cette fin.</p>		
4.2 État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC	<p>L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en AVC sur son territoire. Un plan d'action national a été produit et il demeure toujours en implantation.</p> <p>Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020, ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action de l'établissement doivent être évalués.</p>	NA	Annulée.
4.3 Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	<p>Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des 3 actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour en périodes 6 et 13.</p>	R	
4.4 État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017-2018 – Continuum de services, phase hyper aigue, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	<p>L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services pour le traitement de l'IAMEST sur son territoire. Un plan d'action national a été produit.</p> <p>Autoévaluation au 31 mars 2020, du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composée à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.</p>	R	

TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT*	COMMENTAIRES
INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT			
7.1 Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés	<p>L'évaluation de l'état physique du parc immobilier a fait partie des EGI des PDG des trois dernières années. Cette attente spécifique découle d'une part, des recommandations du VGQ (automne 2012, chapitre 4) et d'autre part, de l'application de la loi 38 concernant la gouvernance des infrastructures. Le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers est directement conséquent avec l'évaluation de l'état physique du parc immobilier et plus particulièrement avec l'identification des bâtiments déficitaires et le déficit de maintien afférent.</p> <p>Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments.</p>	R	
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ			
8.1 Sécurité civile	<p>Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; -S'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS; -Établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile. 	NR	Échéance reportée au 14 septembre 2020.
8.2 Gestion des risques en sécurité civile – Santé et Services sociaux	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.	NR	Échéance reportée au 14 septembre 2020.
8.3 Plan de continuité des activités – Santé et services sociaux	<p>Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La durée estimée du projet; -Le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement; -La structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA. 	NR	<p>Partie I : transmise le 20 décembre 2019.</p> <p>Partie II : échéance reportée au 14 septembre 2020.</p>

TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT*	COMMENTAIRES
8.4 Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements ont reçu au printemps 2018 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C.A. et ensuite transmis par courriel à l'adresse «ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca» ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de monsieur Iannick Martin.	NR	Nouvelle échéance établie par le MSSH pour 31 octobre 2020

TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

9.2 Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité	<p>Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020 les dates de transmission du bilan sont les suivantes: au plus tard le 31 mai 2019 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019 et le 31 mai 2020 pour l'année financière 2019-2020.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilités; 3. Gérer efficacement les menaces; 4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information; 5. Gérer sainement la sauvegarde et la restauration des données. 	R	
--	---	---	--

Partie 2 : Les résultats des engagements au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2019-2020

Cette deuxième partie rend compte des résultats des engagements annuels (chapitre IV), prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Légende

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES			
<u>Plan stratégique 15-20</u>			
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
<u>Plan stratégique 15-20</u>			
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	50
<u>Plan stratégique 15-20</u>			
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux	100	100	ND

établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)			
Plan stratégique 15-20 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	47,3	80	59,7

Commentaires

L'établissement n'a pas atteint l'engagement 2019-2020 concernant le pourcentage des CHSGS ayant un taux d'infections nosocomiales aux normes établies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline et le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements.

En 2018-2019, les résultats ont été conformes aux engagements mais les résultats de l'année 2019-2020 ont été nettement affectés par la pandémie de COVID-19 qui a touché nos CHSGS. D'ailleurs, l'indicateur 1.01.19.04-PS n'a pas pu être suivi pour clore la fin de l'année financière 2019-2020.

En 2019-2020, nous observons une amélioration des taux de conformité d'hygiène des mains en fin d'année suite à une campagne sur l'hygiène des mains effectuée avec des communications intensifiées et une plus grande présence des conseillères en prévention des infections sur le terrain.

Les résultats de l'indicateur 1.01.19.04-PS apparaissent sous forme «ND» dans le Système d'information décisionnel (SID). Le numérateur (nombre de centres hospitaliers conformes au taux établi – NUMÉRATEUR) n'étant pas inscrit, le résultat final de l'année 2019-2020 s'est retrouvé sous cette forme pour la P13.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
SOUTIEN À DOMICILE			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	1 493 990	1 568 690	1 575 582
Plan stratégique 15-20 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	10 340	10 412	10 057
Plan stratégique 15-20 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue	82,7	90	60,6

durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)			
---	--	--	--

Commentaires

L'établissement atteint et dépasse l'engagement en nombre total d'heures, soit en atteignant 97 % pour le nombre d'utilisateurs et 61 % des OEMC et PSIAS combinés. L'enjeu est au niveau de l'embauche du personnel qui ne nous permet pas d'atteindre complètement les engagements de ces indicateurs. L'établissement a produit un plan d'embauche en continu permettant de minimiser la pénurie de la main-d'œuvre ayant ainsi un effet sur le nombre d'utilisateurs rejoints et le respect des délais de révision des OEMC-PSIAS. La pandémie de COVID-19 a ralenti le processus d'embauche, ce qui explique la non-atteinte de notre engagement pour cette année.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES			
Plan stratégique 15-20 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	0,0	100	ND
Plan stratégique 15-20 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	0,0	100	ND
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	ND
Plan stratégique 15-20 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	ND
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD	65,9	76	72,7

ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14			
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	97,2	95	91,4

Commentaires

Aucun résultat n'est disponible pour les trois indicateurs sur l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en raison de la pandémie de COVID-19. L'AAPA est en déploiement au sein de l'établissement afin de réduire le temps d'attente à l'urgence et surtout, de consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées. Parmi les initiatives établies en partenariat avec les différentes directions du CIUSSS, mentionnons à titre d'exemples, l'implantation de l'équipe interdisciplinaire de planification précoce conjointe de congé (PPCC) dans les 2 urgences, l'amélioration de la fluidité de la montée des patients hospitalisés sur les unités de soins et l'évaluation des longs séjours également sur les unités de soins.

Concernant les réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA), malgré une belle réussite l'année précédente, la pandémie de COVID-19 a interrompu l'enregistrement des données 2019-2020.

Concernant le pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14, on constate une amélioration, l'engagement étant atteint dans une proportion de 96 %.

Pour le pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention, l'engagement a été atteint dans une proportion de 96 % malgré l'ampleur de la pandémie de COVID-19 qui a touché nos CHSLD à la fin de cette année 2019-2020.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
DÉFICIENCES			
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	86,8	90	89,8
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de	73,4	90	72,8

l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS			
Plan stratégique 15-20 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	80	90	75,6
<p>Commentaires</p> <p>Pour le programme en déficience physique (DP), l'engagement de 90 % n'a pas été atteint, bien que nous soyons près de l'atteindre avec un résultat de 89,8 %. Une nette amélioration par rapport au résultat de l'an passé est constatée.</p> <p>Pour le programme en déficience intellectuelle (DI) et du trouble du spectre de l'autisme (TSA), le résultat démontre que la cible n'est pas atteinte. En effet, notre résultat de 72,8 % égale presque celui de l'an passé qui était de 73,4 % et ce, en contexte de pandémie de COVID-19. Par ailleurs, la direction a mis en place un plan d'action permettant d'identifier chaque étape du processus de gestion de l'attente, d'assignation et de suivi des demandes et de responsabiliser tous les acteurs, intervenants/spécialistes aux activités cliniques (SAC)/chef, à chacune des activités s'y rattachant. Ce plan fait l'objet d'un suivi à la salle de pilotage tactique de la direction concernée permettant une rétroaction et un contrôle réguliers quant aux actions à prendre. En ce sens, la direction s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de sa performance. La mise en place des stations visuelles opérationnelles en DI-TSA ainsi qu'au guichet d'accès a eu comme impact de dynamiser les équipes dans la recherche de solutions aux obstacles vécus et de participer activement à la performance organisationnelle. En DP, l'ajout d'une SAC psychosociales a été un élément positif pour le suivi et l'assignation des demandes de cette discipline. De même, dans les derniers mois, un chef d'administration de programme DP s'est joint à la direction, ce qui renforce l'encadrement, le suivi et le contrôle des activités du programme.</p> <p>Concernant le pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail, le résultat de cette année n'atteint pas l'engagement, mais reste à un niveau de 75,6 %. Les contraintes imposées par la pandémie de COVID-19 ont eu un rôle important dans la non-atteinte de ce résultat.</p>			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
DÉPENDANCES			
Plan stratégique 15-20 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	88,1	90	54,8
<p>Commentaires</p> <p>Pour le taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance, le CIUSSS n'a pas atteint l'engagement avec un résultat de 54,8 %. La pandémie de COVID-19 a joué un rôle important étant donné qu'à la période 6 de cette année, le CIUSSS avait déjà un résultat de 95,2 %. Les stratégies à implanter selon le portrait populationnel des RTS sont notamment composées de formations et d'utilisation d'outils reconnus dans le domaine.</p> <p>De plus, une révision de l'offre de services en dépendance est en cours afin d'offrir, de manière plus intégrée à la population, une gamme complète de services. Ainsi, des services de proximité, spécifiques et spécialisés en dépendance seront déployés selon les besoins populationnels. Ces actions s'actualisent en collaboration avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, qui offre des services régionaux de 2^e ligne en dépendance sur le territoire montréalais.</p>			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
------------	-------------------------------	----------------------	-------------------------------

SANTÉ MENTALE

Plan stratégique 15-20 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	324	586	324
---	-----	-----	-----

Plan stratégique 15-20 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	279	399	279
--	-----	-----	-----

Commentaires

L'établissement n'a pas atteint l'engagement de l'indicateur sur le nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère. Le résultat est équivalent à celui de l'an passé. L'établissement n'a également pas atteint l'engagement de l'indicateur sur le nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère. En effet, le nombre d'ETC requis par équipe pour atteindre l'engagement de 2019-2020 est insuffisant. Le contexte de pandémie de COVID-19 fut un facteur contraignant à l'embauche de personnel et par le fait même, à l'atteinte de cet engagement. Des stratégies pilotées par un comité de travail sont déployées afin d'augmenter les effectifs ainsi que le nombre de places reconnues.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
------------	-------------------------------	----------------------	-------------------------------

SANTÉ PHYSIQUE – URGENGE

Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	19,86	12	21,72
---	-------	----	-------

Plan stratégique 15-20 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	47,2	75	49,7
--	------	----	------

Plan stratégique 15-20 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	46,5	75	46,4
--	------	----	------

Commentaires

L'établissement n'a pas atteint les engagements des indicateurs ci-dessus. Parmi les facteurs expliquant la non-atteinte des engagements, mentionnons l'achalandage exceptionnel, soit l'augmentation du taux d'occupation des urgences en 2019-2020. La pandémie de COVID-19 a eu un impact important sur les résultats de cette année. Enfin, nous avons vécu une pénurie de personnel marquée en 2019-2020.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
SANTÉ PHYSIQUE – SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE			
Plan stratégique 15-20 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 057	1 126	1 025
Plan stratégique 15-20 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	56	56	56
Plan stratégique 15-20 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	39,6	39	42,3

Commentaires

Concernant l'indicateur sur le nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile, on dénombre une diminution du nombre de demandes en soins palliatifs en 2019-2020. Le nombre de lits en soins palliatifs est demeuré stable. On note une amélioration du nombre de décès à domicile de 2,7 % cette année. La Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD), partenaire dans ce dossier, contribue à l'atteinte des engagements de l'établissement.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE			
Plan stratégique 15-20 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	37	0	101

Commentaires

L'établissement n'a pas atteint l'engagement de l'indicateur sur le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies. La vétusté des plateaux opératoires du CIUSSS apporte une certaine inefficience dans la production chirurgicale due à de nombreuses contraintes qui demeurent problématiques pour l'établissement. Nos blocs opératoires sont éclatés sur plusieurs sites ce qui engendre certaines limitations dans les mouvements des patients par rapport aux types de chirurgies qui peuvent être effectuées. Cette situation complique également la gestion du parc d'équipements et de fournitures de l'établissement. Le résultat inférieur à celui de l'an passé s'explique aussi par l'impact négatif de la pandémie de COVID-19 sur les délais d'attente en chirurgie.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE			
Plan stratégique 15-20 1.09.25-PS Nombre total de GMF	16	17	17
Plan stratégique 19-23 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	68,49	85	70,30
Plan stratégique 15-20 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	8	8	8
<p>Commentaires</p> <p>Le facteur principal expliquant le manque d'inscription de la clientèle à un médecin de famille est la rareté des médecins disponibles. Parmi les trois réseaux locaux de services (RLS) du territoire du CIUSSS, c'est le RLS Lucille-Teasdale qui est le plus touché par le manque de médecin. De plus, malgré l'arrivée de nouveaux médecins, ces derniers reprennent parfois intégralement la charge de cas de médecin partant à la retraite, ne comblant ainsi pas le manque à gagner dans ce domaine. L'intégration de plusieurs IPS dans chacun des GMF du territoire est en cours, visant à favoriser la prise en charge de la clientèle non vulnérable. Un autre facteur important constitue la sous-utilisation du guichet d'accès pour la clientèle orpheline par les nouveaux facturants. À cet effet, l'arrimage au niveau des préparatifs pour leur arrivée et le soutien envers les cliniques pour l'utilisation du GACO ont été mis en place afin de démystifier la lourdeur et complexité du GACO autant pour le personnel administratif que pour les médecins. Notons une légère amélioration entre l'année 2018-2019 (68,49 %) et l'année 2019-2020 (70,3 %).</p>			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	35,8	95	79,5
Plan stratégique 15-20 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les	44,3	100	93,5

mammographies diagnostiques			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	90	100	92,7
Plan stratégique 15-20 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	38,6	65	69,6
Plan stratégique 15-20 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	37,9	90	94,9
Plan stratégique 15-20 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	49,5	80	54,8
Plan stratégique 15-20 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	69,5	90	65,7
Plan stratégique 15-20 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	80,4	90	62,6

Plan stratégique 15-20 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	90,1	100	94,9
--	------	-----	------

Commentaires

Pour l'ensemble les indicateurs de l'imagerie médicale de l'année 2019-2020, ceux-ci ont enregistré des résultats supérieurs à ceux de l'an passé. Deux indicateurs ont atteint les engagements. Trois indicateurs ont une atteinte supérieure à 90 % des engagements de cette année. Ces trois indicateurs présentent aussi une amélioration des résultats par rapport à l'année passée. Quatre indicateurs affichent des résultats au rouge, car ils sont en bas du seuil de 90 %. Il est à noter que deux de ces quatre indicateurs affichent une amélioration par rapport aux résultats de l'année passée. Enfin, un dernier indicateur en expérimentation enregistre une légère diminution face à l'année passée.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
------------	-------------------------------	----------------------	-------------------------------

SANTÉ PHYSIQUE – CANCÉROLOGIE

Plan stratégique 19-23 1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	56,1	90	55,7
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	88,8	100	87,7

Commentaires

L'établissement n'atteint pas les engagements 2019-2020. Il a une volumétrie de cas pour la chirurgie oncologique très importante sur le plateau de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), ce qui rend l'atteinte de la cible de 28 jours particulièrement difficile. Un suivi hebdomadaire des listes est effectué par la direction des services professionnels. Malgré la pandémie de COVID-19, l'établissement a enregistré des résultats presque semblables à ceux de l'année passée, ce qui constitue un fait remarquable.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
------------	-------------------------------	----------------------	-------------------------------

RESSOURCES MATÉRIELLES

2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises	100	100	100
---	-----	-----	-----

pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité			
Commentaires L'établissement a atteint l'engagement de l'indicateur sur le niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
RESSOURCES HUMAINES			
Plan stratégique 15-20 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	7,67	7,58	7,80
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,73	4,49	6,05
Plan stratégique 15-20 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	4,56	3,54	5,04
Commentaires Concernant le ratio d'heures d'assurance salaire, l'établissement n'a pas atteint l'engagement 2019-2020. Le résultat est de 7,8 % au 31 mars 2020. Il représente une atteinte de 97,1 % de l'engagement de cette année. Le plan d'action déployé dans le cadre du plan d'équilibre budgétaire à l'automne 2017, mobilisant l'ensemble des directions de l'établissement, vise à optimiser les pratiques de gestion intégrée de la présence au travail et à renforcer une culture de prévention et de promotion de la santé au travail. Les résultats probants de ces travaux organisationnels requièrent un délai pour en assurer l'actualisation. Concernant le taux d'heures supplémentaires, l'établissement n'a pas atteint l'engagement 2019-2020. Le résultat est passé de 4,73 % au 31 mars 2019 à 6,05 % au 31 mars 2020. Concernant le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante, l'établissement n'a pas atteint l'engagement 2019-2020. Le résultat par rapport à l'année précédente est passé de 4,56 % au 31 mars 2019 à 5,04 % au 31 mars 2020. Plusieurs facteurs contraignants expliquent ces résultats : <ul style="list-style-type: none"> - pression dans les urgences hospitalières durant la période hivernale et la pandémie de COVID-19; - recrutement difficile pour plusieurs titres d'emploi (préposés aux bénéficiaires, infirmières, professionnels); - postes comblés dépourvus temporairement de titulaire (maladie, congé maternité, congés parentaux, congés pour études, etc.); - limites des agences de personnel afin de répondre aux besoins de l'établissement (concerne seulement le résultat du taux d'heures supplémentaires); - plusieurs projets de développement en cours d'année nécessitant de nombreuses ressources additionnelles. Les mesures correctrices suivantes sont prévues : <ul style="list-style-type: none"> - plan d'action dans le cadre du plan de retour à l'équilibre budgétaire; - réorganisation des centres d'activités; - rehaussement d'heures offert aux titulaires de poste à temps partiel pour plusieurs titres d'emploi; - suivis réguliers par les différentes directions de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante; - suivi mensuel en salle de pilotage stratégique. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
MULTIPROGRAMMES			
Plan stratégique 15-20 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	65,7	75	70
Plan stratégique 15-20 7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	45	100	45

Commentaires

Plusieurs améliorations ont été réalisées dans la gestion des délais d'accès à un premier service, mais l'établissement n'a pas atteint cet engagement.

Le résultat est de 70 % ce qui représente une atteinte de 93,4 % de l'engagement de cette année. L'indicateur présente toutefois une amélioration par rapport à l'an passé.

Les mesures d'optimisation visent :

- le programme de Santé mentale avec un plan d'action pour réduire l'attente en CLSC;
- le programme Jeunesse avec un plan d'action ciblant l'augmentation de volume pour la clientèle Jeunes en difficulté et les enjeux de recrutement associés à ce programme;
- le programme SAPA et DI-TSA DP au déploiement et à l'application en avril 2018 des critères de priorisation prescrits par le MSSS pour la clientèle SAPA-SAD (P1-72 heures, P2-14 jours, P3-30 jours et P4-365 jours). Son application a un impact sur les résultats de l'année passée;
- les services psychosociaux et AAOR affichent parfois des délais pour le premier service, même si ceux-ci sont majoritairement respectés. Un travail de fusion des listes historiques a été réalisé afin d'offrir le service dans le délai le plus acceptable pour le client.

Le suivi inter direction de cet indicateur est impossible actuellement par les applications de l'établissement. Ainsi, nous ne pouvons pas accéder rapidement aux données de cet indicateur. Nous ne pouvons donc pas apprécier l'évolution de nos résultats en temps réel.

En ce qui concerne le taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, le résultat de l'indicateur est à 45 %. Ce résultat est stable par rapport à l'an passé et ne permet pas l'atteinte de l'engagement 2019-2020. Il importe de mentionner que cet indicateur présente les valeurs de la période 6 de cette année. Les résultats finaux seront reportés en décembre 2020 à cause de la pandémie de COVID-19.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
ADDENDA			
1.47 - PS Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience	ND	75	75

physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.			
1.45.45.05-PS Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais.	NA	90	54,2
1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	NA	965	864
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	282,0	145,0	251,0
1.09.32.10-PS Nombre de demandes des chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	967,0	850,0	1754,0
1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	246 658	260 700	264 786
1.09.49-PS Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorités A, B, C, D, E)	NA	NA	NA
3.05.03-PS Ratio de présence au travail	NA	89,10	89,23
Commentaires			
Le contexte de la pandémie a eu un impact important sur certains de nos indicateurs en affectant les résultats finaux de l'année 2019-2020. Les indicateurs offrant des services directs aux usagers ont été impactés plus que ceux de nature administrative.			

Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaires
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	2 356	Les résultats de ces indicateurs ont été affectés par la pandémie.
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	24 890	
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 647 723	
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	69,3%	

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

La démarche d'amélioration continue de la qualité - agrément

En date du 11 octobre 2018, Agrément Canada attestait que le statut d'organisme agréé du CIUSSS était maintenu jusqu'au 31 décembre 2023.

Trois sondages ont été réalisés au cours de l'année 2019-2020 : mobilisation du personnel, mobilisation des médecins et culture de sécurité.

Deux visites de certification par Agrément Canada se sont tenues en 2019-2020. La première visite s'est déroulée dans le cadre de l'évaluation de la norme santé publique sous la coordination régionale du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal le 20 novembre 2019. La deuxième visite, qui a eu lieu du 24 au 29 novembre 2019, portait sur l'évaluation des normes composant la séquence 1 : gouvernance, leadership, gestion des médicaments, prévention et contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables, ainsi que sur les programmes clientèles composant la séquence 2 : programme jeunesse et programmes santé mentale, dépendance et itinérance.

Conformité des pratiques organisationnelles requises (POR) :

- 25 POR, qui couvrent les séquences 1 et 2, sont conformes;
- 2 POR à parfaire : le bilan comparatif des médicaments (BCM) (absence du plan de déploiement du BCM dans l'organisation) et le transfert de l'information aux points de transition (particulièrement l'évaluation de l'efficacité du transfert de l'information auprès de la clientèle inscrite en santé mentale et dépendance).

Taux de conformité pour l'ensemble des critères à priorité élevée et autres critères :

- norme santé publique sous la coordination régionale du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal : 99,1 %;
- séquence 1 - Gouvernance, leadership, gestion des médicaments, prévention et contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables : 96 %;
- séquence 2 - Programme jeunesse et programme santé mentale, dépendances et itinérance: 98,5%.

À l'issue de la visite d'Agrément Canada pour les séquences 1 et 2, 11 recommandations concernant des critères non conformes ont été émises et leur suivi se fera à travers les plans d'amélioration continue de la qualité (PACQ) de l'établissement.

La mobilisation des équipes se poursuit puisque la visite d'agrément n'est pas une fin en soi, mais bien une démarche d'amélioration continue de la qualité. La prochaine visite pour l'évaluation de la séquence 3 concernant les programmes de santé physique et les services généraux a été reportée en mars 2022 compte tenu de l'urgence sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19.

La sécurité des soins et des services

La qualité et la sécurité des soins et des services vont de pair pour le CIUSSS-EMTL. Il renouvelle son engagement à offrir des soins et des services de qualité, sécuritaires et empreints de respect. Pour ce faire, l'établissement fait de la gestion intégrée des risques une priorité et s'assure que les efforts de tous convergent dans cette voie.

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

- Assurer la formation des nouveaux employés et gestionnaires en offrant en continu des sessions de sensibilisation sur l'importance de déclarer les événements qui surviennent aux usagers lors de la prestation de soins et services.
- Veiller à l'application du cadre de prestation sécuritaire des soins et des services des usagers.
- Rencontrer les directions programmes pour analyser leurs données de gestion des risques (déclarations incidents/accidents et suivis des recommandations) et entreprendre les actions appropriées.
- Cibler des indicateurs de gestion des risques liés à la prestation sécuritaire des soins à suivre en salle de pilotage et dans les stations visuelles opérationnelles.
- Déployer la boîte à outils de lutte à la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité sur notre territoire.
- Mettre à jour la conformité et promouvoir les cinq pratiques organisationnelles requises (POR) : gestion des incidents liés à la sécurité des usagers, rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, divulgation des incidents liés à la sécurité des usagers, identification des usagers et plan de sécurité. Conformité des cinq POR évaluées lors de la visite d'Agrément Canada du 24 au 29 novembre 2019.
- Organiser des activités de promotion entourant la Semaine nationale de la sécurité des usagers du 28 octobre au 1^{er} novembre 2019 en collaboration avec nos partenaires de la prévention et contrôle des infections et du comité de prévention et contrôle des infections, présidé par Dr Laroche, du Département de pharmacie, de l'hygiène et salubrité, des mesures d'urgence, des pratiques professionnelles en soins infirmiers, et du comité vigie - Amélioration continue de la Direction programmes santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI).
- Participer à divers comités organisationnels à portée transversale : prévention du suicide, chutes et mesures de contention, chaleur accablante, Optilab-CHUM, qualité RI-RTF, immunisation, certification AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux), alertes et rappels.

Les trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont : liés à la médication (total 930; 4,6 %), la catégorie « autres » (total 431; 2,1 %), et liés au traitement (total 236; 1,2 %) :

- 2 208 incidents;
- 11 % par rapport à l'ensemble des événements.

Pour ce qui est des accidents (indices de gravité C à I), les principaux types mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont : les chutes (total 9266; 46 %), liés à la médication (total 4 027; 20 %) et la catégorie « autres » (total 2 164; 10,7 %) :

- 17 952 accidents;
- 89 % par rapport à l'ensemble des événements.

Également, 1 589 (7,3 % du total) autres déclarations d'événements ont été saisies dans le système local de surveillance, leur gravité est « indéterminée » ou la saisie des informations n'était pas terminée au moment de l'extraction des données réalisée le 17 juin 2020.

Actions entreprises par le comité de gestion des risques en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment

- Prendre connaissance des rapports trimestriels des données de gestion des risques et assurer le suivi de l'implantation des recommandations :
 - ✓ assurer la vigie des événements sentinelles, des incidents et des accidents;
 - ✓ analyser les différentes pistes d'amélioration concernant la mauvaise déclaration des événements dans la catégorie « autres-autre ».
 - ✓ assurer le suivi des rapports du Protecteur du citoyen et du Bureau du coroner.

- S'assurer de la mise en conformité des cinq POR (gestion des incidents liés à la sécurité des usagers, rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, divulgation des incidents liés à la sécurité des usagers, identification des usagers et plan de sécurité).
- S'assurer de la maîtrise de tous les risques identifiés au plan de sécurité 2016-2019 et initier les travaux pour le plan de sécurité 2019-2022.
- Intégrer l'ensemble des données présentées au CGR sur la prestation sécuritaire des usagers aux rapports trimestriels et annuels de la prestation sécuritaire des usagers, et ce, pour avoir un portrait organisationnel des risques aux usagers.
- Prendre connaissance des constats et des non-conformités émis par le Bureau de normalisation du Québec lors de l'évaluation des différents laboratoires de l'IUSMM, de l'HMR et de l'HSCO en septembre 2019.
- Accueillir les présentations des activités des comités partenaires prioritaires au plan de travail annuel du CGR (comité prévention et contrôle des infections, comité de prévention du suicide, comité des mesures d'urgence, comité des chutes et des contentions, comité maltraitance).

Actions entreprises par le comité de gestion des risques en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections

- Présenter les suivis des indicateurs des infections nosocomiales par le comité de prévention et contrôle des infections.
- Suivre les cas de C. difficile à l'HSCO.
- Suivre le cas d'écllosion des bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC) à l'HSCO.

Mesures mises en place à la suite des recommandations d'instances externes

Protecteur du citoyen

Pour la période couvrant le 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020, le CIUSSS-EMTL a reçu 11 recommandations formulées dans quatre rapports du Protecteur du citoyen. Les thématiques et mesures mises en place sont les suivantes :

- procéder à la réévaluation des besoins d'une usagère et de ses capacités au plan fonctionnel en regard de la mobilité et déterminer les moyens pour répondre aux besoins identifiés : activité réalisée;
- évaluer la technique de soin et s'assurer de la mise à jour des connaissances des employés pour l'installation de sonde urinaire chez les hommes : activité réalisée.
- assurer une meilleure gestion de l'équipement d'oxygénothérapie afin que son utilisation soit adéquate et sécuritaire : suivi en cours;
- former le personnel infirmier sur les meilleures pratiques en oxygénothérapie d'urgence, en cohérence avec l'ordonnance collective DSI-OC-CH-02 ainsi que les pratiques infirmières reconnues : suivi en cours;
- rappeler à l'ensemble du personnel l'obligation légale de produire un rapport de déclaration d'incident ou d'accident dans les circonstances prévues : suivi en cours;
- se doter d'une entente de partenariat formelle précisant les fondements légaux et réglementaires à la base de la collaboration entre les établissements, le rôle attendu de chacun, selon la mission qui lui est propre, et les modalités d'élaboration et de coordination des plans de services individualisés pour leur clientèle commune, ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, prise en charge à long terme dans nos installations (recommandation conjointe aux CIUSSS-EMTL et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal) : suivi en cours.

Bureau du coroner

Pour la période couvrant le 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020, le CIUSSS-EMTL a reçu sept recommandations formulées dans cinq rapports du coroner. Les thématiques et mesures mises en place sont les suivantes :

- faire un inventaire du parc de fauteuils roulants et s'assurer que ceux-ci soient sécuritaires avant de les mettre à la disposition des unités de soins : activité réalisée;
- réviser le protocole de prévention des chutes en ce qui concerne les patients à risques élevés : suivi en cours;
- revoir la qualité des actes professionnels offerts aux usagers : suivi en cours.

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

En 2019, les tableaux nos 5 et 6 ci-dessous démontrent que l'établissement a réalisé plus de 827 mesures correctives/recommandations à la suite des interventions du commissaire et des commissaires adjoints. La mise en œuvre de celles-ci a contribué principalement à améliorer la qualité des services aux niveaux des soins et services offerts ainsi que des relations interpersonnelles.

Motifs	Nombre de mesures	%
Accessibilité	112	14 %
Aspect financier	11	1 %
Droits particuliers	41	5 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	75	9 %
Relations interpersonnelles	222	27 %
Soins et services dispensés	312	38 %
Maltraitance*	54	7 %
Total	827	100 %

Missions	Motifs			Mesures		
	2019-2020	2018-2019	% ↓↑	2019-2020	2018-2019	% ↓↑
CHSGS	414	627	-34 %	372	630	-41 %
CHSP	109	72	51 %	107	23	365 %
CHSLD	120	176	-32 %	106	117	-9 %
CLSC	201	237	-15 %	191	154	24 %
Autre						
RPA	64	25	156 %	51	s.o	s.o
Total	908	1 137	-20 %	827	924	-10 %

Application des mesures de contrôle

Un rapport sommaire portant sur l'application des mesures de contrôle a été réalisé par la DSI en étroite collaboration avec la Direction des services multidisciplinaire, volet pratiques professionnelles et les programmes clientèle. Conformément aux exigences de l'article 118.1 de

la LSSS, l'organisation est tenue de faire état des principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle. Voici les principaux faits saillants issus du rapport déposé au comité de vigilance et de la qualité (CVQ) pour l'exercice financier 2019-2020, ainsi que les objectifs prioritaires pour l'année 2020-2021.

Faits saillants 2019-2020

- Création d'un comité interdisciplinaire d'analyse de cas cliniques complexes en lien avec l'application du protocole interdisciplinaire « Application des mesures de contrôle » pour l'IUSMM (en collaboration avec la DPSMDI).
- Déploiement d'une formation continue partagée intitulée « Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle », disponible depuis septembre 2019 sur la plateforme de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial.
- Déploiement d'une capsule de formation spécifique en contexte de soins à domicile à l'équipe de gestionnaires et au personnel d'encadrement clinique (PEC) de la Direction déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP).
- Harmonisation des contentions abdominales et de poignetières/chevillères pour les deux sites des urgences de santé physique.
- Poursuite des travaux de développement du registre de données harmonisé pour le CIUSSS-EMTL pour la mesure et le suivi des indicateurs.

Objectifs prioritaires pour l'année 2020-2021

- Déterminer et déployer le mécanisme de suivi et de soutien le plus approprié selon les besoins exprimés par les directions clientèles, notamment un comité opérationnel d'analyse de cas complexes dans les secteurs DI-TSA-DP, DSAPA-SPGS et DPJASP.
- Déployer le nouveau registre d'application des mesures de contrôle pour le secteur DPSMDI d'ici décembre 2020 puis dans les autres secteurs du CIUSSS selon un échéancier qui reste à déterminer.
- Fixer des cibles d'atteinte d'une diminution de l'utilisation des mesures de contrôle en concordance avec le déploiement du registre.
- Développer le contenu de formation spécifique pour l'hébergement (personnes âgées) et les unités d'hospitalisation en soins physiques.
- Assurer le déploiement de la formation spécifique pour le secteur de la santé mentale.
- Intégrer le contenu de formation en lien avec le protocole d'application des mesures de contrôle dans les programmes d'orientation des différentes disciplines.
- Procéder à la mise à jour des annexes du protocole visant les outils de référence cliniques tels matériel de contention autorisé et dépliant à l'intention des usagers/proches.

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Membres du comité

- Mme Rita Cavaliere, présidente (jusqu'au 23 janvier 2020)
- M. Sylvain Lemieux, président par intérim (depuis le 23 janvier 2020) - président-directeur général
- Mme Djamila Benadbelkader, membre du conseil d'administration, indépendante
- Mme Ewa Michalkiewicz, membre du conseil d'administration, représentante du comité des usagers du centre intégré
- Mme Alexandrine Côté, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Invités permanents

- M. Pierre Shedleur, président du conseil d'administration
- Mme Marlène Galdin, directrice de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique (jusqu'au 23 août 2019)
- Mme Karine Girard, directrice de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique (depuis le 26 septembre 2019)
- M. Daniel Beauregard, représentant du CII au conseil d'administration
- M. Jean-François Fortin Verreault, président-directeur général adjoint
- Mme Tu-Tran Luong, adjointe au président-directeur général

Bilan des activités

Le CVQ a tenu six rencontres avec un taux de participation de 87 % sur un nombre prévu de sept en 2019-2020. La rencontre du 25 mars 2020 a été annulée en raison de la pandémie. La planification annuelle du comité se compose des différents dossiers ci-dessous qui ont été abordés lors des rencontres du comité en 2019-2020.

N°	Sujet	4 avril	29 mai	6 sept.	18 oct.	20 nov.	22 janv.	25 mars
1.	OUVERTURE DE LA SÉANCE							
1.1	Convocation et quorum	X	X	X	X	X	X	X
1.2	Déclaration d'intérêts	X	X	X	X	X	X	X
1.3	Adoption de l'ordre du jour	X	X	X	X	X	X	X
1.4	Adoption du procès-verbal	X	X	X	X	X	X	X
1.5	Affaires découlant des réunions précédentes et suivis des demandes formulées par les membres du CVQ	X	X	X	X	X	X	X
2.	RAPPORTS							
2.1	Rapport de la présidente du comité de vigilance et de la qualité	X	X	X	X	X	X	X
2.2	Rapport du président-directeur général	X	X	X	X	X	X	X
3.	ADOPTION DE RÈGLEMENTS ET POLITIQUES							
3.1	Règlements et politiques	X	X	X	X	X	X	X
4.	AFFAIRES NOUVELLES							

N°	Sujet	4 avril	29 mai	6 sept.	18 oct.	20 nov.	22 janv.	25 mars
5. SUIVI DES INDICATEURS D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES								
5.1	Tableau de bord – Comité de vigilance et de la qualité	X	X	X		X		
5.2	Tableau de bord – Ententes de gestion et d'imputabilité	X			X	X		X
6. TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS								
6.1	Tableau de bord – Suivi des recommandations	X	X	X	X	X	X	X
7. RAPPORTS – QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES								
7.1	Réactivité : Mot du comité des usagers du centre intégré	X		X		X	X	X
7.2	Réactivité : Mot de la commissaire ou rapport du régime des plaintes	X		P1 P3	X	X	P4 P9	X
7.3	Réactivité : Bureau de l'évaluation de l'expérience patient	X				X		X
7.4	Accessibilité : Bilan semestriel de la liste d'attente en chirurgie	X			X			X
7.5	Sécurité : Rapport trimestriel du registre local des incidents-accidents	X	X		X		X	X
7.6	Sécurité : Rapport sur la prévention et contrôle des infections				X		X	
7.7	Sécurité : Rapport sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (2/an)			X	X		X	
7.8	Sécurité : Rapport trimestriel du Protocole de mises sous garde			P1 P13		P4 P7		P8 P10
7.9	Efficacité : Visite d'Agrément, résultats, suivis et visite	X		X		X	X	
7.10	Continuité : Rapport des données sociodémographiques	X						X
8. DOSSIERS SPÉCIFIQUES								
8.1	Sécurité : Rapport sur l'implantation de la politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (aux 2 ans – 2018-2020-2022)				X			
8.2	Sécurité : Plan d'action à l'égard des personnes handicapées (aux 2 ans – 2018-2020-2022)			X				
8.3	Continuité : Trajectoire de services (R)						X	
8.4	Qualité : Soins et services en petite enfance et jeunes en difficulté (R)				X			
8.5	Accessibilité : Programme d'accès aux services en langue anglaise							X
8.6	Sécurité : Projet de modernisation du CIUSSS-EMTL			X				
8.7	Accessibilité : Rapport annuel national de l'aide médicale à mourir		X					

N°	Sujet	4 avril	29 mai	6 sept.	18 oct.	20 nov.	22 janv.	25 mars
8.8	Efficacité : Stratégies pour soutenir l'implantation des pratiques cliniques	X						
9. RAPPORTS ANNUELS DES COMITÉS, CONSEILS OU INSTANCES CONTRIBUANT AU MAINTIEN ET À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES								
9.1	Comité des usagers du centre intégré (CUCI)		X					
9.2	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)		X					
9.3	Comité exécutif du Conseil des infirmières et des infirmiers (CECII)		X					
9.4	Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM)		X					
9.5	Comité de gestion des risques (CGR)		X					
9.6	Comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO)		X					
9.7	Comité d'éthique de la recherche (CÉR)		X					
9.8	Comité interdisciplinaire sur la prévention des chutes et de l'utilisation des mesures de contrôle		X					
9.9	Accessibilité : Rapport annuel sur les soins en fin de vie		X					
9.10	Rapport d'audits et sécurité : Hébergement CHSLD - RPA et Comité RI-RTF (R)		X					
9.11	Application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits (commissaire aux plaintes et à la qualité des services)		X					
9.12	Comité de révision		X					
9.13	Rapport annuel du CVQ		X					
10. DÉPÔT DE DOCUMENTS								
10.1	Articles de presse	X	X	X	X	X	X	X
10.2	Correspondances	X	X	X	X	X	X	X
11. ÉVALUATION DU COMITÉ DE VIGILANCE QUALITÉ								
11.1	Évaluation annuelle des activités et du fonctionnement du CVQ	X	X	X				X
12. PÉRIODE DE QUESTIONS								
13. CLÔTURE DE LA SÉANCE								
13.1	Calendrier annuel des séances du comité de vigilance qualité	X	X	X				
13.2	Plan annuel de travail du comité de vigilance et de la qualité		X					
13.3	Prochaine réunion : date et lieu	X	X	X	X	X	X	X
14. ÉVALUATION DE LA SÉANCE								

Nombre d'avis ou de recommandations envoyés au C.A.

Au cours de l'année, le CVQ a pris connaissance et fait le suivi des recommandations qui lui ont été acheminées.

Nombre d'avis ou de recommandation envoyés au conseil d'administration	4 avril	29 mai	6 sept.	18 oct.	20 nov.	22 janv.	25 mars
Nombre d'avis ou de recommandation envoyés au conseil d'administration	1	13	5	5	3	4	0

En 2019-2020, il a émis 31 recommandations au conseil d'administration de l'établissement :

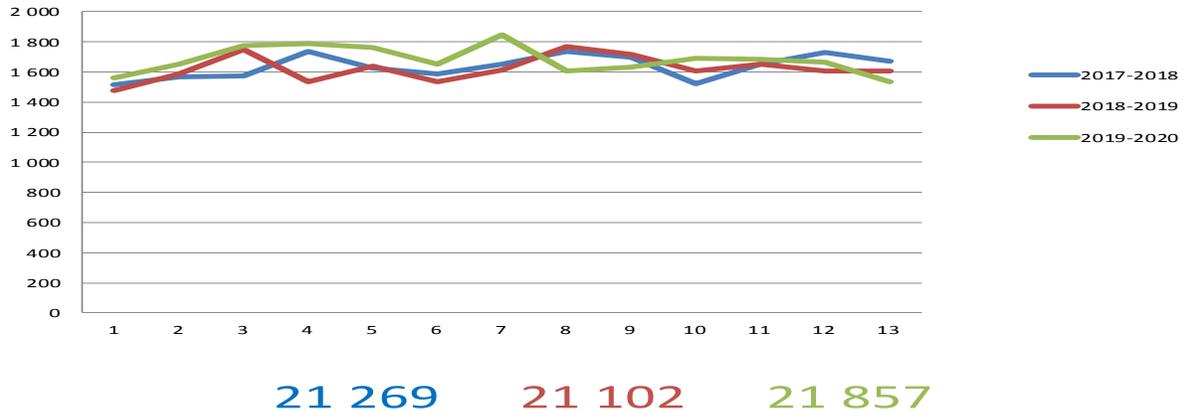
- dépôt - Rapport trimestriel (P1-P10) du registre local des incidents et accidents;
- rapport annuel de gestion des risques;
- rapport annuel 2018-2019 sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie;
- rapport annuel 2018-2019 – CMDP;
- rapport annuel 2018-2019 – CII;
- rapport annuel 2018-2019 – CM;
- rapport annuel 2018-2019 – CGR
- rapport annuel 2018-2019 – CÉCO;
- rapport annuel 2018-2019 – CÉR;
- rapport d'analyse annuel 2018-2019 concernant l'utilisation et les pratiques professionnelles entourant le recours aux mesures de contrôle;
- rapport annuel 2018-2019 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, de la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits et du médecin examinateur;
- nomination des membres du CÉR;
- rapport annuel 2018-2019 – CVQ;
- rapport trimestriel d'application du *Protocole de mise sous garde en établissement*;
- *plan d'action à l'égard des personnes handicapées (PAPH) 2018-2020*
- amendements au Règlement du CII du CIUSSS-EMTL;
- amendements au Règlement du CM du CIUSSS-EMTL;
- *entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020*;
- tableau de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020;
- dépôt - Rapport trimestriel (P1-P4) du registre local des incidents et accidents;
- résultats aux indicateurs et cibles suivis par le comité de prévention et de contrôle des infections pour les périodes 1 à 5;
- rapport d'étape concernant l'utilisation et les pratiques professionnelles entourant le recours aux mesures de contrôle;
- désignation de centre de traumatologie secondaire de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale;
- tableau de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité (P6);
- rapport trimestriel (P4-P6) d'application du *Protocole de mise sous garde en établissement* dans le cadre de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*;
- *politique-cadre de prévention et contrôle des infections*;
- résultats des indicateurs et cibles suivis par le comité de prévention et de contrôle des infections pour les périodes P1 à P8;
- *programme de prévention et contrôle des infections*;
- dépôt - Rapport trimestriel (P1-P7) du registre local des incidents et accidents;
- correspondance émise par Agrément Canada ainsi que deux rapports découlant des visites qui ont eu lieu du 24 au 29 novembre;
- rendre public les rapports finaux d'Agrément Canada.

Comité de gestion des risques (CGR)

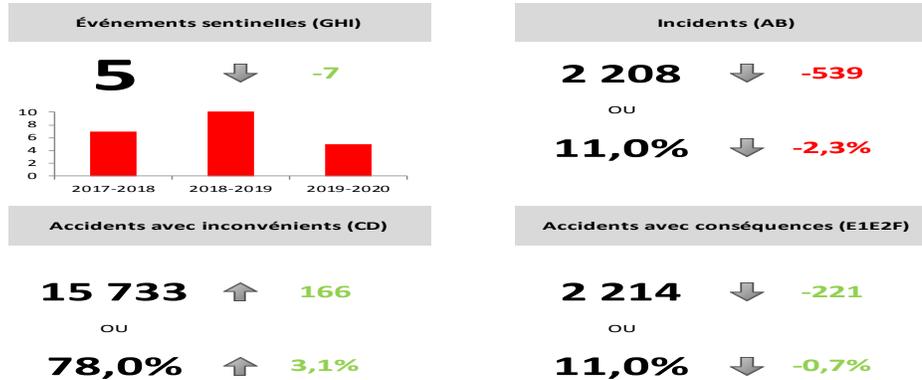
Le comité de gestion des risques réalise le suivi trimestriel des rapports d'incidents et accidents sous la responsabilité de l'établissement.

L'extraction des données a été réalisée le 17 juin 2020. À noter que le nombre total d'incidents et accidents inclut les déclarations dont l'analyse sommaire n'est pas complétée et les gravités indéterminées.

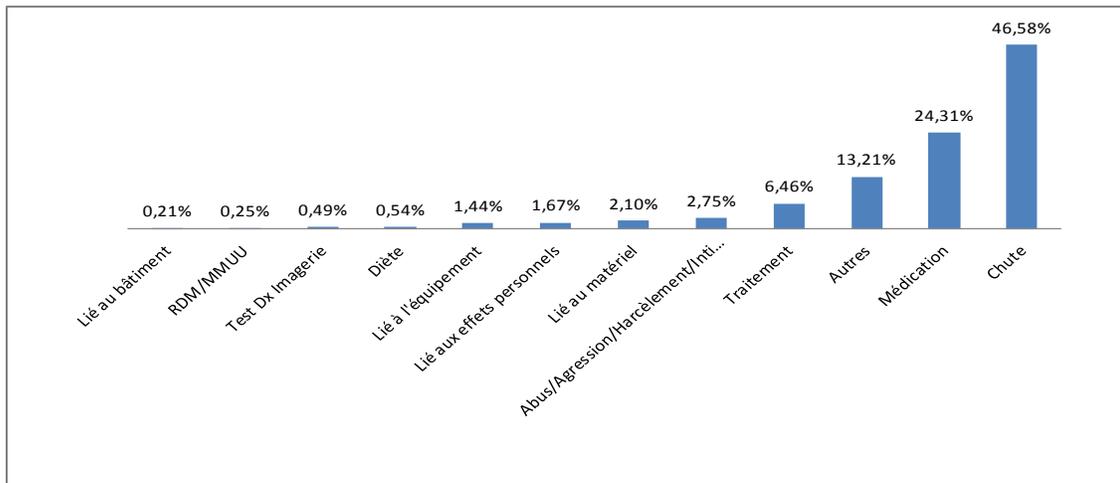
Volume périodique d'AH-223 sur 3 ans



Gravité des incidents et accidents 2019-2020



Types d'événements 2019-2020



Les tendances globales observables sont les suivantes :

- une augmentation globale des déclarations d'incidents et accidents de 3,6 % attribuable aux actions de sensibilisation faite auprès des équipes;
- il y a une baisse de 3 % de la proportion d'incidents (A-B) déclarés représentant 11 % de tous les événements;
- les événements avec conséquences temporaires (E1, E2 et F) représentent 11 % et ont diminué par rapport à l'an dernier;
- le nombre d'événements sentinelles ayant eu des conséquences permanentes chez les patients a baissé. Il y a eu cinq événements de gravité G-H-I en 2019-2020, comparativement à 12 en 2018-2019. À noter que trois analyses approfondies ont été produites pour ces cinq événements et onze recommandations ont été émises. Les deux autres événements sont en cours d'analyse approfondie;
- les trois principaux types d'événements sont les suivants :
 - ✓ chutes (46,6 %).
 - ✓ erreurs de médication (24,3 %).
 - ✓ événements de type « autres » (13,2 %).

Enfin, chaque direction présente ses faits saillants en lien avec la prestation sécuritaire lors des rencontres du comité de gestion des risques. Lors des présentations des comités partenaires, des périodes d'échanges constructives sont réalisées et apportent des pistes d'amélioration aux différents sujets traités.

Personnes mises sous garde

Personnes mises sous garde 2019-2020

Catégorie	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total	
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1107	()	()	()	1 107	
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	208	Voir note 1
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	288	()	()	()	288	Voir note 2
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	571	Voir note 3
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	546	()	()	()	546	Voir note 4

() : nombre trop petit pour en permettre la publication.

Note 1 :

Il arrive qu'un médecin remplisse une demande de garde provisoire, mais que celle-ci ne soit finalement pas présentée au tribunal (données non présentées).

Note 2 :

Les ordonnances de garde provisoire exécutées sans que la demande ait été faite par le CEMTL sont comptabilisées. Voir tableau complémentaire 1.

Note 3 :

Nombre de demandes faites au tribunal, incluant celles pour une 1ère garde ou un renouvellement. Voir tableau complémentaire 2. Il peut arriver qu'une demande de garde autorisée ou de renouvellement soit complétée, mais qu'elle ne soit finalement pas présentée au tribunal (ex.: désistement de l'établissement).

Note 4 :

Les désistements sont exclus. Voir tableau complémentaire 2.

TABLEAU COMPLÉMENTAIRE 1	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées (demandes préparées par le CIUSSS-EMTL)*	188	()	()	()	188
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées par le CIUSSS-EMTL*	66	()	()	()	66
*Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées par le CEMTL (informations non disponibles à propos du demandeur, CEMTL ou externe du CEMTL)	34	()	()	()	34
Total	288	0	0	0	288

() : nombre trop petit pour en permettre la publication.

TABLEAU COMPLÉMENTAIRE 2	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	571
Nombre de demandes de renouvellement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	80
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement (incluant les renouvellements)	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	581
Désistements	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	N/A
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	546

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Sur le site Web du CIUSSS, les usagers ont accès à une section informative leur donnant tous les renseignements à connaître lorsqu'ils souhaitent faire une consultation, demander un accompagnement, ou encore, déposer une plainte. Ils ont également accès 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.

Le dépliant intitulé « Améliorer la qualité des services : notre préoccupation constante! » a été distribué dans toutes les installations du CIUSSS. Un formulaire permettant aux usagers d'exprimer leur satisfaction ou leur insatisfaction est disponible dans tous les services d'accueil.

En parallèle, une section pour les employés est disponible dans l'intranet. Il fournit toutes les informations nécessaires pour accompagner les usagers dans la procédure à suivre.

Pour communiquer avec l'équipe de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, consultez le site Web du CIUSSS au www.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca, sous la section « Nous joindre ».

Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

PRÉAMBULE

Résumé du rapport

Chaque année, le président-directeur général doit faire rapport au C.A. sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie. L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans son rapport annuel de gestion. Voici donc un bref résumé des activités réalisées au CIUSSS-EMTL concernant l'aide médicale à mourir.

Les activités mises en place

Après près de quatre ans d'implantation, le CIUSSS présente dans ce document l'avancement des travaux concernant le déploiement des soins de fin de vie pour sa population de l'Est de l'île de Montréal. Ce rapport montre l'engagement et la volonté du CIUSSS d'offrir à sa population les conditions nécessaires pour permettre l'accompagnement en fin de vie en toute dignité et dans le respect des choix individuels. De plus, en vertu de l'article 73 de la Loi des soins de fin de vie, ce rapport présente les données recueillies ainsi que les activités principales réalisées dans le cadre du Plan de développement des soins palliatifs 2015-2020 et de ses neuf priorités (annexe 1) pour la dernière année, soit du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020.

Ces données indiquent :

- le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs;
- le nombre de sédations palliatives continues administrées;
- le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées;
- le nombre de demandes d'aide médicale à mourir administrées;
- le nombre de demandes d'aide médicale à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels l'aide médicale à mourir n'a pas été administrée.

ÉTAT D'AVANCEMENT DE LA MISE EN PLACE DU PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS 2015-2020

Groupes de travail

Huit groupes de travail ont été mis en place. Chacun de ces groupes réunit les expertises nécessaires afin de réaliser les travaux en lien avec leur mandat :

1. Groupe interdisciplinaire sur les directives médicales anticipées (DMA), la sédation palliative et l'aide médicale à mourir (AMM)

- Élaboration du suivi des protocoles pour l'aide médicale à mourir et pour la sédation palliative ainsi que des politiques pour les niveaux d'intervention médicale (NIM) et les DMA.
- Inscription continue des professionnels et médecins ciblés au registre de la RAMQ.
- Désignation et inscription des agentes administratives en CHSLD au registre des DMA et vérification systématique de présences de DMA pour toute la clientèle hébergée dans nos CHSLD.
- Désignation et inscription des intervenantes réseau à l'urgence au registre des DMA et vérification systématique pour la clientèle de 75 ans et plus se présentant à l'urgence.
- Soutien clinique auprès des équipes de soins concernant le processus d'aide médicale à mourir.

2. Groupe interdisciplinaire sur la formation et le développement des compétences en soins palliatifs selon le Plan ministériel de développement (PMD)

- Déploiement de la formation du PMD des soins de fin de vie afin d'assurer la qualité des soins offerts à la personne et à ses proches.

- Déploiement de la formation pour le volet 2 (formation générale d'une durée de quatre heures offerte à tous les types d'intervenants de l'équipe interdisciplinaire qui sont susceptibles d'intervenir auprès des personnes recevant des soins palliatifs et de fin de vie. C'est une formation générale par approche réflexive) et le volet 3 (formation particulière par type d'intervenant. Ce volet est associé à l'approche par mentorat et la formation est spécifique à chaque type d'intervenants : préposés aux bénéficiaires, auxiliaires de santé et de services sociaux, infirmières auxiliaires, infirmières, pharmaciens, intervenants psychosociaux, réadaptation.).
- Formation complétée pour l'ensemble des professionnels des soins à domicile (SAD) pour le volet 2 :
 - ✓ formation pour les professionnels en centre d'hébergement en cours pour le volet 2;
 - ✓ formation des préposés aux bénéficiaires en cours pour le volet 3 en CHSLD;
 - ✓ formation volets 2-3 en cours pour les auxiliaires de santé et services sociaux en SAD;
 - ✓ formation volets 2-3 en cours pour les infirmières auxiliaires du SAD.
- Outre les formations prévues au plan ministériel, des initiatives du CIUSS ont permis d'offrir des formations spécifiques aux CEPI, infirmières auxiliaires et infirmières des unités de soins palliatifs et aux ASI des autres unités des deux centres hospitaliers du CIUSSS accueillant des usagers en fin de vie.

3. Groupe proches aidants

- Définition des besoins des proches aidants et de l'offre de service afin de les reconnaître et de les soutenir.
- Déploiement d'une offre de service de répit aux proches aidants des personnes en fin de vie à domicile, avec le budget de développement de 230 754 \$ du ministère de la Santé et des Services sociaux pour 2019-2020.
- Création d'un guide explicatif sur les soins palliatifs et de fin de vie à l'attention des usagers et de leurs proches.

4. Groupe guichet universel

- Mise en place d'une liste d'attente commune pour les unités de soins palliatifs de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) et de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO).
- Travaux d'optimisation en cours concernant la gestion des lits de soins palliatifs de l'Hôpital Marie-Clarac par le mécanisme d'accès à l'hébergement du CIUSSS.

5. Groupe de données et reddition de compte

- Mise en place d'un processus de collecte de données des indicateurs ministériels pour assurer les redditions de compte et pour évaluer l'atteinte des résultats.
- Gestion des activités pour s'assurer de la fiabilité des données et de l'atteinte des cibles ministérielles de l'entente de gestion.

6. Groupe bénévoles et soins spirituels

- Élaboration d'ententes avec nos partenaires du communautaire et définition des modes de fonctionnement de nos services de bénévolat.
- Recrutement des bénévoles fait par l'organisme Albatros.
- Systématisation du processus de recrutement des bénévoles pour les deux unités de soins palliatifs HMR et HSCO.
- Soirée de formation offerte aux bénévoles des soins palliatifs en partenariat avec l'organisme Albatros.

7. Groupe continuum de soins et services de soutien à domicile (SAD)

- Révision, développement et harmonisation de l'offre de service du SAD afin de maintenir dans leur milieu de vie les personnes en soins palliatifs et de fin de vie.
- Maintien de l'équipe dédiée soins palliatifs SAD au CSSS Lucille-Teasdale.
- Tableau de bord en place afin de mesurer les impacts de l'équipe dédiée.

- Rencontres de travail avec les chefs de la Pointe-de-l'Île et de Saint-Léonard–Saint-Michel afin de consolider l'offre de service.
- Soutien clinique lors des situations complexes, offert par les conseillères en soins infirmiers dédiées aux soins palliatifs.

8. Groupe continuum CHSLD

- Révision, développement et harmonisation de l'offre de service en CHSLD afin de maintenir dans leur milieu de vie les personnes en soins palliatifs et de fin de vie.
- Mise en place du programme d'accompagnement en soins palliatifs et soins de fin de vie en CHSLD.
- Déploiement d'une formation sur le soulagement de la douleur et le repérage précoce (100 formations ont été données à l'ensemble des infirmières et infirmiers auxiliaires des 15 CHSLD).
- Audits de dossier en cours pour indicateur soulagement de la douleur et repérage précoce.
- Projet-pilote repérage soins palliatifs débuté dans trois sites-pilotes.
- Démarrage de trois sites-pilotes supplémentaires.
- Identification et déploiement d'infirmières ressources soins palliatifs dans chaque CHSLD.
- Rencontres de formation aux six semaines avec les infirmières ressources.
- Déploiement d'une équipe de soutien (conseillère en soins infirmiers soins palliatifs et conseillère cadre en soins infirmiers soins palliatifs) pouvant se déplacer lors de situation problématique de soins palliatifs dans les CHSLD.
- Rencontres de consultation avec les travailleurs sociaux et les intervenants en soins spirituels des CHSLD pour présentation des projets repérage précoce et mise en place d'équipes interdisciplinaires.
- Stage d'observation en continue par infirmières ressources CHSLD à l'unité de soins palliatifs de l'HSCO.
- Présentation portant sur la planification préalable de soins palliatifs et l'approche palliative en fin de vie lors d'un forum de participation citoyenne s'adressant aux gestionnaires, résidents et proches aidants.

OFFRE DE SERVICE ET PARTENARIAT

En conformité avec les orientations ministérielles, le CIUSSS s'engage à offrir des services de soins palliatifs et de fin de vie de qualité et adaptés aux besoins de la clientèle en collaboration avec ses partenaires. Plusieurs ententes ont été réalisées :

- signature de l'entente de partenariat avec la Société des soins palliatifs à domicile (SSPAD) qui offre des services de soins palliatifs à domicile et du répit pour les proches;
- entente de partenariat avec la maison de soins palliatifs pédiatriques Le Phare Enfants et Familles qui offre des services de soins palliatifs, d'accompagnement et de répit à la clientèle pédiatrique;
- entente de gestion des lits de l'Hôpital Marie-Clarac par le CIUSSS;
- coordination et entente de partenariat avec l'organisme Albatros pour les bénévoles des unités de soins palliatifs et des CHSLD.

FORMATION

Prévu au Plan de développement 2015-2020, le développement des compétences pour les professionnels occupe une place importante au sein du programme des soins palliatifs afin d'offrir des services de qualité à la population. En date du 1^{er} avril 2020, il reste près de 300 préposées aux bénéficiaires et 200 infirmières en CHSLD à former aux volets 2-3 combinés. En milieu hospitalier, il reste 50 infirmières pour le volet 2 et 300 autres pour le volet 3.

Plus de 3 500 participants ont pu bénéficier de capsules de formations et d'autres formations complémentaires non prévues au plan ministériel dans le but de pérennisation des connaissances en soins palliatifs et de fin de vie (gestion de la douleur chronique, approche palliative, repérage précoce).

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

Dans une démarche d'amélioration continue, le programme de soins palliatifs assure l'évaluation de l'atteinte des objectifs et des résultats par :

- l'implantation d'un tableau de bord de gestion intégrant les indicateurs de résultats du Plan de développement des soins palliatifs et des normes d'agrément;
- l'élaboration des priorités d'amélioration continue en suivi de la prévisite d'agrément effectuée à l'automne 2016;
- la création d'un questionnaire de satisfaction à l'égard de la qualité des soins reçus aux unités de soins palliatifs. Déploiement prévu à l'automne 2020;
- la création d'un sondage visant à mieux comprendre les différents enjeux qui impliquent les médecins et professionnels de la santé dans le processus d'aide médicale à mourir. Déploiement prévu à l'automne 2020.

INFORMATIONS SUR LES ACTIVITÉS DE SOINS DE FIN DE VIE

Voici les données qui couvrent la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 reliées aux activités de soins de fin de vie depuis le premier rapport.

Direction générale des services de santé et médecine universitaire
Application de la politique concernant les soins de fin de vie
Rapport du directeur général au C.A. de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie
(Loi 2, Chapitre III, art. 8)

POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée					2 523
	• Nombre d'usagers suivis dans les lits dédiés en soins palliatifs	761				
	• Nombre d'usagers suivis en clinique externe de soins palliatifs	692				
	• Nombre d'usagers suivis sur les unités de soins par l'équipe de soins palliatifs	1 070				
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée		673			673
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile			1 021		1021

		Site ou installation				
Activité	Information demandée	Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs (Maison de soins palliatifs Le Phare : admission)				127	127
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	<i>Formulaire de consentement à la sédation palliative continue</i>				88
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	<i>Formulaire de demande d'aide médicale à mourir</i>				172
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	<i>Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir</i>				100
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs de la non-administration	<i>Formulaire de déclaration de l'administration AMM - Partie 1</i> <i>Formulaire d'avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir</i> Raisons de non-administration : <ul style="list-style-type: none"> • La personne a retiré sa demande/a changé d'avis : 17 • La personne est décédée avant la fin de l'évaluation : 2 • La personne est décédée avant l'administration : 24 • La personne ne répondait pas aux conditions au moment de la demande d'AMM : 19 • La personne est non apte à consentir : 4 • La personne a été transférée à un autre établissement : 4 • La personne n'a pas déterminé de date : 2 				72

LES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines de l'établissement

L'établissement présente les principales informations relatives aux ressources qui sont à son emploi.

Répartition de l'effectif par catégorie de personnel 11045200 - CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal		
	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	4 337	3 487
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	5 452	4 197
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	2 017	1 733
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 148	1 813
5 - Personnel non visé par la loi 30	116	96
6 - Personnel d'encadrement	446	425
Total	14 516	11 751

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

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

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

11045200 - CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars 2019-03-31 au 2020-03-28		
	Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplém.
1 - Personnel d'encadrement	807 195	17 350	824 545
2 - Personnel professionnel	2 365 750	10 546	2 376 297
3 - Personnel infirmier	6 342 388	512 143	6 854 531
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	10 108 264	457 083	10 565 347
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 381 695	70 447	2 452 142
6 - Étudiants et stagiaires	49 713	323	50 036
Total 2019-2020	22 055 004	1 067 894	23 122 898
Total 2018-2019			22 489 574

Cible 2019-2020	22 960 973
Écart	161 925
Écart en %	0,7%

Bien que le total des heures rémunérées soit assez près de la cible, certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ainsi que les répercussions de la pandémie de la COVID-19 ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Plus spécifiquement, le CIUSSS-EMTL a reçu, au cours de la dernière année, des investissements de l'ordre de 3,3 M\$ (création de 39 postes) pour l'amélioration des ratios de personnel en hébergement, de 11,7 M\$ (146 postes) pour le soutien à domicile, de 5,1M\$ (61 postes) pour la bonification des équipes de soins hospitaliers, de 1,6 M\$ (17 postes) pour l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale et de 2,8 M\$ (33 postes) pour l'implantation du programme Agir tôt.

De plus nous avons reçu un financement particulier de 1,6 M\$ pour déployer le traitement de cellules CAR-T (*Chimeric Antigen Receptor*) dans la province pour une variante de la leucémie. L'impact de la pandémie COVID-19 a généré des coûts additionnels de 3 M\$ en salaire dans les trois dernières semaines de l'année financière.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

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 et ne doit engager aucun déficit en fin d'exercice.

Pour l'exercice clos le 31 mars 2020, il a réalisé un déficit de 17 183 036 \$. Par conséquent, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Le déficit au fonds d'exploitation de l'exercice de 15 050 850 \$ s'explique par la difficulté pour l'établissement de recruter du nouveau personnel qui se reflète directement dans son taux horaire réel soit par l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire. L'absentéisme est également en croissance causant une augmentation importante de l'assurance-salaire, de l'assignation temporaire et de la CNESST. Selon le dernier plan d'équilibre budgétaire autorisé par le MSSS, le résultat annuel prévu du fonds d'exploitation pour l'exercice financier 2019-2020 était un déficit de 13,3 M\$.

L'explication du déficit de 2 132 186 \$ au fonds d'immobilisation est reliée à l'utilisation du solde de fonds cumulé.

Contrats de service

Loi sur la gestion et contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État - Contrats de services au 31 mars 2020

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	17	2 589 664,00 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	191	34 806 365,68 \$
Total des contrats de services	208	37 396 029,68 \$

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.

Répartition des dépenses des activités principales par programme-service

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes- services						
Santé publique	13 150 790 \$	1,1	14 337 815 \$	1,1	1 187 025 \$	9,0
Services généraux – activités cliniques et d'aide	40 807 950 \$	3,4	44 805 916 \$	3,5	3 997 966 \$	9,8
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	247 938 399 \$	21,0	261 722 306 \$	20,6	13 783 907 \$	5,6
Déficience physique	18 569 217 \$	1,6	22 734 053 \$	1,8	4 164 836 \$	22,4
Déficience intellectuelle et TSA	9 316 807 \$	0,8	10 403 197 \$	0,8	1 086 390 \$	11,7
Jeunes en difficulté	9 378 122 \$	0,8	9 391 002 \$	0,7	12 880 \$	0,1
Dépendances	848 885 \$	0,1	679 163 \$	0,1	(169 722) \$	(20,0)
Santé mentale	164 564 082 \$	13,9	170 760 884 \$	13,4	6 196 802 \$	3,8
Santé physique	406 519 124 \$	34,4	445 997 557 \$	35,1	39 478 433 \$	9,7
Programmes soutien						
Administration	73 268 870 \$	6,2	78 738 164 \$	6,2	5 469 294 \$	7,5
Soutien aux services	109 104 767 \$	9,2	117 443 965 \$	9,2	8 339 198 \$	7,6
Gestion des bâtiments et des équipements	89 591 875 \$	7,6	92 703 711 \$	7,3	3 111 836 \$	3,5
Total	1 183 058 888 \$	100	1 269 717 733 \$	100	86 658 845 \$	7,3

Pour plus d'informations sur les ressources financières, consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 disponible à ciuss-estmtl.gouv.qc.ca > Ressources > Documentation > Rapports annuels et financiers.

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<i> Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers </i>						
(Immeubles loués à la SQI; Applicable à HSCO, LT, PDI et SLSM): Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition.	2014-2015	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats de location avec la SQI présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «Immobilisations corporelles louées» du Manuel des CPA Canada.			NR
<i> Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées </i>						
(Applicable au CIUSSS complet): Compte tenu que les systèmes des anciens établissements ne sont pas unifiés, il n'est pas possible de s'assurer qu'un usager n'est compilé qu'une seule fois dans les centres d'activités ayant l'utilisateur comme unité de mesure.	2015-2016	C	Un exercice d'extractions des différentes bases de données et d'identification des doublons a permis de constater que ceux-ci, lorsqu'applicables, représentaient moins de 1% du nombre décompté, ce qui est jugé non matériel. L'implantation d'un identifiant unique est actuellement en planification au ministère. Nous effectuerons les travaux nécessaires selon l'échéancier que le ministère élaborera.		PR	
<i> Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe) </i>						
(Applicable à SLSM): Lors de notre audit des contrôles généraux informatiques, nous avons constaté que les applications locales ne sont	2014-2015	C	À la suite du déploiement de l'anneau de fibre optique multisites depuis 2017, la mise en place du nouveau système de	R		

pas sauvegardées à l'externe, contrairement aux applications financières qui sont sauvegardées au Technocentre.			sauvegarde est en finalisation, avec sauvegarde hors sites pour la très grande majorité de nos applications.			
Un montant de 904 000 \$ de projets de recherche terminés a été présenté aux revenus reportés plutôt qu'aux résultats.	2019-2020	O	L'établissement ne s'est pas conformé à l'ensemble des directives de l'annexe H puisque des projets terminés, en surplus, ont été comptabilisés aux revenus reportés plutôt qu'aux résultats. Cette situation ainsi que les enjeux sont connus du ministère, notamment la pérennité des activités de recherche à long terme. Des discussions avec le MSSS sont en cours, en 2020-2021, afin de régulariser cette situation.			PR
<i>Rapport à la gouvernance</i>						
(Appartient à PDI): La classification des actifs informationnels n'est pas établie, tel qu'exigé à la mesure 3.1 du Cadre global de gestion. L'établissement n'a pas mis en place un processus afin d'analyser les risques à l'égard de la sécurité informatique, tel qu'exigé à la mesure 3.2 du Cadre global de gestion.	2014-2015	O	L'inventaire, la classification et l'analyse des risques pour les actifs informationnels du CIUSSS sont en cours et réalisés selon les normes et exigences du MSSS. Cet exercice, planifié initialement pour 2017-2018, a débuté fin 2018 et sera complété au courant de l'exercice financier 2019-2020 pour les secteurs et actifs critiques.			R
(Appartient à PDI): Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès à l'application MédiAccès alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2014-2015	O	Une politique encadrant la gestion des accès a été mise en place en 2018-2019. Les détenteurs (gestionnaires) autorisent les accès et les pilotes d'application donnent les accès aux utilisateurs. Étant donné que les pilotes peuvent eux-mêmes être utilisateurs, des mesures supplémentaires sont en place afin d'assurer le contrôle et la vérification des accès et des journaux. De plus, les processus répondent à la règle du moindre privilège. Cette observation s'applique dans une majorité des CISSS et			PR

			CIUSSS et c'est pour une raison d'efficacité des pilotes de systèmes que l'établissement conserve la même façon de faire. Avec les contrôles compensatoires en place, le risque est mineur par rapport au gain d'efficacité au sein des équipes.			
(Appartient à PDI): La direction a mis en place au cours de l'exercice 2011-2012 un processus de surveillance de l'efficacité des contrôles internes de l'établissement. En 2013-2014, la description de tous les contrôles s'est poursuivie et les résultats de la surveillance des contrôles effectués ont été transmis au comité d'audit en mars 2014. L'échéancier de la surveillance des contrôles reste à établir. La personne chargée de surveiller l'efficacité des contrôles internes participe à l'exécution de ces mêmes contrôles, ce qui est contraire aux principes de base de la surveillance de l'efficacité de ces contrôles internes.	2014-2015	O	L'organisation a mis en place une série de contrôles depuis sa création et ils ont été améliorés au fur et à mesure que des révisions faisaient ressortir des besoins de rajouter ou de modifier des contrôles. Ce processus continu s'effectue à l'intérieur des équipes concernées.			PR
Nous avons observé que des utilisateurs des applications GRF peuvent créer une écriture de journal et peuvent aussi approuver cette écriture de journal.	2016-2017	O	La procédure ayant pour objectif de faire approuver les écritures par une personne autre que celle qui l'a enregistrée aux livres, a été déployée au cours de l'exercice 2018-2019. Pour l'année 2019-2020, la procédure sera pleinement réalisée en ajoutant un contrôle visant une vérification supplémentaire des autorisations des écritures de journal.			R

Divulgations d'actes répréhensibles reçues et traitées au CIUSSS-EMTL

Reddition de compte 2019-2020 Article 25 Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics)	Nombre de divulgations ou communications par point
1. Divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations ¹	4
2. Nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	7
3. Nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3° de l'article 22	0
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.	
<ul style="list-style-type: none"> • Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement 	0
<ul style="list-style-type: none"> • Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment 	0
5. Nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations	3
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	0
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé	0
8. Nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³	0

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.
2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.
3. Le transfert au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.

**ANNEXE 1 – CODE DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS
APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	2
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	6
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS	10
Section 4 — APPLICATION	12
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	17
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	18
Annexe III – Déclaration des intérêts des administrateurs	19
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général	19
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	24
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	25
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	26

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

Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne indépendante : telle que définie 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 circonstances³.

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.

Champ d'application

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

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.

Diffusion

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Principes d'éthique

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

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

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

Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

1.12 Réputation et crédibilité

- Agir avec intégrité, objectivité et loyauté dans l'intérêt de l'établissement afin d'en préserver la réputation et la crédibilité.
- Déclarer au conseil d'administration toute information ou situation, passée, actuelle, ou prévisible l'impliquant directement ou indirectement et qui est susceptible d'affecter la réputation ou la crédibilité de l'établissement.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
 - a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer

par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

- 14.** Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réels, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 15.** La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, au 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 comité de gouvernance et d'éthique, avant adoption par le conseil d'administration de la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du **CIUSSS de l'Est-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 _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

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

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

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

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

Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

Annexe III – Déclaration des intérêts des administrateurs

1. IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

Nom et prénom	
---------------	--

2. DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Aucun intérêt

Je déclare n'avoir aucun intérêt, lien ou affiliation, de nature personnelle ou professionnelle qui peut ou qui pourrait influencer, contrairement aux intérêts du CIUSSS-EMTL, mon jugement ou mon comportement à titre d'administrateur.

Intérêts réels, possibles ou apparents

J'estime détenir des intérêts de nature personnelle ou professionnelle qui sont susceptibles de me placer dans une situation où mes intérêts ou ceux de mes proches pourraient entrer en conflit avec mes obligations à titre d'administrateur du CIUSSS-EMTL.

Description des intérêts personnels ou professionnels (voir section définitions) :

Veillez décrire votre relation avec un proche, des tiers, des entreprises ou fournisseurs en incluant toute information pertinente dont :

- Le nom du proche, du tiers, de l'entreprise ou fournisseur concerné;
- Les détails de la relation avec ces derniers et votre implication;
- La nature de vos activités en lien avec ces derniers;
- Les détails concernant tout avantage financier pertinent (honoraires, compensations financières, actions, etc.).

3. TITRE D'ADMINISTRATEUR

Aucun

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 qu'à titre d'administrateur du CIUSSS-EMTL.

Autre

En plus de mes fonctions à titre d'administrateur du CIUSSS-EMTL, 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(s) ci-après :

4. EMPLOI

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

5. ENGAGEMENT

Je déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS-EMTL. Je m'engage à mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS-EMTL.

Et, j'ai signé à Montréal, le _____.

Définitions⁴

Le fait de se trouver en conflit d'intérêts ne signifie nullement que l'administrateur concerné est malhonnête. Ce seul fait ne prouve pas non plus qu'il privilégiera son intérêt personnel au détriment de l'intérêt du CIUSSS-EMTL dont il est garant. Par contre, le fait de se trouver dans des situations de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent peut miner la confiance du public à l'égard de l'intégrité et de l'impartialité de l'établissement.

Apparence de conflit d'intérêts

Toute situation dans laquelle une personne raisonnablement informée peut conclure que l'administrateur présente des intérêts personnels ou professionnels concurrents avec les intérêts du CIUSSS-EMTL, intérêts qui pourraient l'influencer sur la manière dont il s'acquitte de ses obligations à titre d'administrateur du CIUSSS-EMTL.

Conflit d'intérêts potentiel

Toute situation susceptible de survenir, mais qui ne l'est pas encore, dans la mesure où l'administrateur n'a pas encore assumé les fonctions ou pris les responsabilités qui pourraient placer ses intérêts personnels ou professionnels en concurrence avec ceux du CIUSSS-EMTL;

Conflit d'intérêts

Toute situation dans laquelle l'administrateur présente des intérêts personnels ou professionnels concurrents avec les intérêts de l'établissement qui peuvent l'influencer sur la manière dont il s'acquitte de ses obligations à titre d'administrateur du CIUSSS-EMTL.

Liens personnels

Ont des liens personnels les conjoints et les personnes physiques unies par les liens du sang, du mariage, de l'union civile, de l'union de fait ou de l'adoption, dont notamment :

- Les ascendants (parents), les descendants (enfants), les frères ou sœurs;
- Conjoints mariés, en union civile ou en union de fait;
- Le (la) conjoint(e) du fils, de la fille, du frère, de la sœur, du père, de la mère;
- Le fils, la fille, le frère, la sœur, le père, la mère du (de la) conjoint(e);

Liens professionnels

Ont des liens professionnels, toute personne qui agit à titre de conseiller, de consultant, d'employé, de dirigeant ou d'administrateur d'une personne morale, dont notamment :

- Toute personne en mesure d'influencer les activités de l'autre, c'est-à-dire que les rapports qu'elle entretient avec cette dernière sont tels qu'elle a la capacité d'exercer, directement ou indirectement, un contrôle ou une influence sur les décisions relatives à son financement ou à son exploitation;

⁴ Garzon, C. (2012). « Conflit d'intérêts », dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.), Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique, [en ligne], www.dictionnaire.enap.ca

- Toute personne qui possède un intérêt dans un fournisseur ou un potentiel fournisseur du CIUSSS-EMTL, sous quelque forme que ce soit;
- Toute personne morale dans laquelle la personne a des intérêts pécuniaires, détient des actions avec droit de vote en quantité suffisante pour influencer les décisions de la personne morale ou ses dirigeants, est propriétaire d'une personne morale;
- Toute personne morale de laquelle la personne reçoit un avantage financier (salaire, compensation, financement, etc.).

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

<p>Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :</p>		
1. Intérêts pécuniaires		
<input type="checkbox"/> Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 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 _____.		
<input type="checkbox"/> J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:		

3. Emploi		
<p>« 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.</p> <p>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).</p>		
En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal à m'y conformer.		
_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu

Annexe VI – Signalement d’un manquement présumé au Code

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, se trouve en contravention de ses responsabilités et obligations telles qu’énoncées au présent Code en regard des faits suivants :

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

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu