



Rapport annuel 2017-2018

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

Le Rapport annuel de gestion 2016-2017 du Centre intégré universitaire de santé et 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 :

ISBN 978-2-550-81644-7 (imprimé)

ISBN 978-2-550-81645-4 (PDF)

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2018

Lexique

ACCU	Action concertée clientèle urgence	DPSMD	Direction des programmes en santé mentale et dépendance
ACFAS	Association francophone pour le savoir	DQÉPÉ	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
ACIQ	Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec	DR	Direction de la recherche
APSS	Accès priorisé aux services spécialisés	DRF	Direction des ressources financières
C.A.	Conseil d'administration	DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
CAU	Centre affilié universitaire	DRI	Direction des ressources informationnelles
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	DRMG	Département régional de médecine générale
CETC	Centre d'excellence en thérapie cellulaire	DRT	Direction des ressources technologiques
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	DSAPA	Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	DSI	Directions des soins infirmiers
CIUP	Centre d'information pour l'utilisateur et ses proches	DSM	Direction des services multidisciplinaires
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	DSP	Direction des services professionnels
CIUSSS-EMTL	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	DSQ	Dossier santé Québec
CM	Conseil multidisciplinaire	DST	Direction des services techniques
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmacies	EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	ETC	Équivalents à temps complet
CRDS	Centre de répartition des demandes de services	GDE	Gestionnaire de dossiers électroniques
CR-HMR	Centre de recherche de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont	GMF	Groupe de médecine de famille
CR-IUSMM	Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal	HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	HSCO	Hôpital Santa Cabrini Ospedale
CU	Comité des usagers	IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
CUCI	Comité des usagers du centre intégré universitaire de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
C3i	Centre de commercialisation en immunothérapie du cancer	LT	Lucille-Teasdale
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité	MSSS	Ministère de la Santé et Services sociaux
DI-TSA	Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme	OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
DEU	Direction de l'enseignement universitaire	PDI	Pointe-de-l'Île
DL	Direction de la logistique	RLRQ	Recueil des lois et règlements du Québec
DMÉ	Dossier médical électronique	SAPA	Soutien autonomie aux personnes âgées
DP	Déficience physique	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
DPIM	Direction des projets immobiliers majeurs	SPI	Santé partenaire infantile
DPJASP	Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique	SQETGC	Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
		STL-STM	Saint-Léonard-Saint-Michel
		TBI	Troubles basés sur les inférences
		TCC	Traitement cognitif-comportemental
		TGC	Troubles graves du comportement
		Triple P	Pratiques Parentales Positives
		URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux

Table des matières

Lexique	3	Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique.....	33
Message des autorités	5	Direction des programmes en santé mentale et dépendance	34
Déclaration de fiabilité.....	9	Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique	36
Présentation de l'établissement	10	Direction des services multidisciplinaires	40
Mission et services offerts	10	Direction des services professionnels	41
Mission	10	Direction des soins infirmiers	45
Vision.....	11	Les directions administratives	48
Valeurs	11	Direction de la logistique	48
Soins et services	11	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	48
Volet universitaire	11	Direction des projets immobiliers majeurs	49
Volet recherche.....	11	Direction des ressources financières	50
Désignation CAU ou institut.....	11	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	51
Désignation Institut universitaire de santé mentale.....	11	Direction des ressources technologiques.....	54
Désignation Centre affilié universitaire (CAU) .	12	Direction des services techniques	54
Structure de l'organisation au 31 mars 2018.....	13	Direction de l'enseignement universitaire	55
		Direction de la recherche.....	57
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives au 31 mars 2018.....	14	Résultats : entente de gestion et d'imputabilité .	61
Le conseil d'administration	14	Les résultats au regard des engagements du chapitre III de l'EGI 2017-2018	61
Principales activités	14	Les résultats au regard des engagements du chapitre IV de l'EGI 2017-2018	65
Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration	15	Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	70
Liste des conseils, comités ou instances	15	L'agrément.....	70
Comité de gouvernance et d'éthique	15	La sécurité des soins et des services	70
Comité de vérification	16	Comité de vigilance et de la qualité	72
Comité des ressources humaines et des communications.....	19	Comité de gestion des risques.....	78
Comité des affaires universitaires	21	Personnes mises sous garde.....	79
Comité de révision.....	22	L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	79
Comité d'éthique en recherche	23	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	80
Conseil multidisciplinaire	24	Les ressources humaines.....	82
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	27	Les ressources financières.....	83
Conseil des infirmières et infirmiers	28	État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	85
Comité des usagers du centre intégré	30	- Annexe 1 -	
Activités de l'établissement	32	Code de déontologie des administrateurs applicable aux membres du conseil d'administration	89
Les directions cliniques.....	32		
Direction de soutien à l'autonomie des personnes âgées.....	32		

Message des autorités

Cette année encore, grâce à la mobilisation de nos équipes et de nos nombreux partenaires, nous avons atteint des résultats remarquables dans la réalisation de notre mission de soins et services, d'enseignement et de recherche. Témoignage éloquent de cette performance organisationnelle, au terme de sa visite, en décembre 2017, Agrément Canada nous accordait le statut d'établissement agréé et une note de 95 % à l'égard de la conformité à ses normes. Les visiteurs d'Agrément Canada ont d'ailleurs souligné l'engagement professionnel, la compétence et la rigueur de nos équipes.

Grâce à l'ajout de cinq groupes de médecine familiale en cours d'année, nous comptons maintenant 16 cliniques sur notre territoire, dont plusieurs ont été désignées super-cliniques par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Parallèlement, près du deux tiers de notre population est inscrite auprès d'un médecin de famille et les personnes âgées et vulnérables, dont l'inscription est priorisée, sont toutes prises en charge. Évidemment, nous multiplions les démarches afin que tous les secteurs de notre territoire soient bien desservis par des cliniques médicales de première ligne.

Nous avons poursuivi notre collaboration avec les cliniques de quartier de notre territoire. Ainsi, les personnes qui se présentent à l'urgence, et dont les problèmes de santé peuvent être pris en charge par une clinique, ont accès chaque jour à des plages de rendez-vous dans des GMF de l'Est de Montréal. 15 % des personnes qui se présentent dans nos urgences et qui sont classées P-4 et P-5, selon l'échelle de triage, sont dirigées vers l'une de ces cliniques. Malgré tout, cette année, nous avons connu une hausse de l'achalandage de plus de 5 %. Malgré ce contexte, nous avons observé une amélioration notable de la durée moyenne de séjour des patients sur civière. Un fait demeure, l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont continue d'être l'une des plus achalandées au Québec.

Les personnes qui font un infarctus aigu du myocarde doivent avoir accès rapidement aux traitements en hémodynamie essentiels pour améliorer leurs chances de survie et pour réduire les risques de séquelles. Près de 90 % de ces personnes ont été traitées dans un délai de moins de 90 minutes, ce qui dépasse largement les normes ministérielles.

Nous avons récemment reçu du ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette, la confirmation que l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont soit désigné centre secondaire du continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Une prise en charge

rapide de ces personnes victimes d'un AVC permet en premier lieu de réduire l'impact de l'attaque cérébrale et, par la suite, d'améliorer leur rétablissement en leur offrant les services de réadaptation d'une équipe multidisciplinaire. Cette désignation témoigne de l'excellence des pratiques cliniques de l'ensemble des acteurs impliqués.

Nous avons connu une hausse de près de 20 % de nos activités chirurgicales au cours des deux dernières années, atteignant ainsi plus de 25 000 interventions. Cette performance nous a permis de réduire considérablement les listes d'attente, la presque totalité des interventions étant maintenant réalisée à l'intérieur d'un délai d'un an. Elle a également permis d'assurer que les interventions de chirurgies oncologiques se réalisent dans les délais cliniquement requis, dans la très grande majorité des cas. D'autre part, nous avons noté une diminution générale des délais d'attente en imagerie diagnostique. Ces résultats très encourageants pour nos usagers n'auraient pas été possibles sans les efforts concertés de plusieurs de nos équipes.

Lorsqu'une maladie évolue jusqu'au point où aucun autre traitement n'est disponible, nos cliniciens offrent un soulagement des douleurs de même qu'un soutien psychologique, social et spirituel. Conformément aux dispositions légales, les personnes qui le souhaitent et qui répondent aux critères peuvent avoir accès à l'aide médicale à mourir. Dans de telles situations, elles peuvent compter, de même que leurs proches, sur une équipe mobilisée et qui sait aborder la situation avec un grand humanisme.

Les trois quarts des personnes qui souhaitent avoir accès à des services de nature psychosociale en CLSC obtiennent leur premier rendez-vous dans un délai de 30 jours, ce qui est conforme aux attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux en la matière. Nous avons également déployé des équipes interdisciplinaires pour offrir des services d'évaluation psychiatrique en CLSC.

Afin d'intervenir précocement auprès des jeunes de 12 à 25 ans présentant des symptômes émergents d'un trouble psychotique ou d'un trouble de la personnalité limite, nous avons mis en place l'équipe Connec-T. Jusqu'à présent, cette équipe a permis d'accueillir 204 jeunes de 18 à 25 ans ayant préalablement fait l'objet d'une évaluation par un psychiatre. Cette équipe, qui s'inspire des meilleures pratiques en la matière, a devancé l'émission des lignes directrices du ministère en matière d'intervention précoce pour des premiers épisodes psychotiques.

Les usagers de drogues intraveineuses ont maintenant accès à un site d'injection supervisé dans Hochelaga-Maisonneuve. En effet, grâce à la collaboration de

plusieurs de nos partenaires, notamment du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, qui en assume la responsabilité, et l'organisme Dopamine, les intervenants pourront plus facilement rejoindre les toxicomanes et les orienter vers des services sociaux et de santé.

C'est avec bonheur que nous avons accueilli l'annonce du ministre de la Santé et des Services sociaux visant la construction d'une maison des naissances pour la population de l'est de Montréal. Avec ses 7 500 naissances par an, l'est de Montréal compte pour 27 % de toutes les naissances sur l'île de Montréal. Notre maison des naissances offrira aux jeunes familles un environnement accueillant, chaleureux et sûr, bien implanté dans son milieu de vie.

Près de 300 nouveaux postes ont été dotés afin de permettre le rehaussement des soins et services offerts en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). D'autre part, le temps d'attente des usagers séjournant à l'hôpital qui sont dirigés vers un hébergement en ressource intermédiaire ou en CHSLD est maintenant inférieur à sept jours.

En cours d'année, divers travaux menés par nos gestionnaires et leurs équipes nous ont permis d'élaborer des guides de gestion avancée et d'adopter plusieurs outils de référence tels que le Cadre de la gestion intégrée de la qualité et de la performance, le Cadre conceptuel en éthique et le Cadre de la prestation sécuritaire des soins. Ces guides de gestion répondent aux plus hauts standards de qualité exigés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et Agrément Canada.

Dans une perspective d'amélioration de la qualité, nous avons poursuivi notre collaboration avec les comités d'usagers et de résidents, de même qu'avec nos deux comités consultatifs de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale et du CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska.

Nous désirons également reconnaître publiquement l'apport significatif de personnes ou d'entités corporatives qui ont contribué de façon remarquable au développement des différentes missions de notre CIUSSS ainsi qu'à son rayonnement.

Ainsi, au cours de la dernière année, un comité de toponymie a été formé pour surveiller l'application de la nouvelle politique de désignation toponymique. Les membres du comité, provenant de divers services et directions du CIUSSS-EMTL, se sont penchés sur des demandes visant à rendre hommage à un médecin spécialiste qui a grandement contribué à l'excellence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à une femme d'exception qui a laissé sa marque à l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale, à des donateurs engagés pour le bien-être et la santé des petits patients et à une bénévole dévouée dans un centre d'hébergement.

L'enseignement et la recherche

L'enseignement occupe une grande place au sein de notre établissement. Il s'incarne dans une grande diversité de disciplines enseignées à un nombre substantiel de stagiaires. En effet, chaque année, plusieurs milliers de stages s'effectuent entre nos murs, dans nos diverses installations, et ce, pour tous les niveaux d'enseignement secondaire, collégial et universitaire. Il s'agit d'une activité importante, non seulement en raison de notre statut universitaire mais bien parce que nous y accordons la plus haute considération dans nos plans de développement pour les prochaines années. Et il s'agit aussi d'une activité prometteuse, particulièrement dans le contexte de pénurie de la main d'œuvre dans certains secteurs, où l'enseignement devient un puissant levier pour constituer une relève compétente, munie d'une solide formation.

En 2017, nous nous sommes dotés d'une politique de l'enseignement afin de promouvoir et soutenir la mission et la culture de l'enseignement dans notre établissement, d'enrichir les pratiques et de former une main-d'œuvre hautement qualifiée.

Nos deux centres de recherche ont poursuivi leur progression. Ainsi, le Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM) a mis sur pied un projet intersectoriel de développement de nouvelles technologies qui rassemble chercheurs et partenaires provenant des sphères cliniques, académiques, communautaires et privées. Le Centre Axel a ainsi pour mission d'accélérer l'intégration de la technologie pour améliorer la prise en charge et le traitement des gens atteints de troubles de santé mentale. Mentionnons enfin que le centre de recherche de l'Institut a obtenu le renouvellement de son financement du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S).

D'autre part, le Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CR-HMR) a bénéficié d'un octroi de 5,7 M\$ du ministère de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique du Canada, par l'entremise du Fonds d'investissement stratégique pour les établissements postsecondaires. Ce financement, qui résulte d'un partenariat avec l'Université de Montréal, est jumelé à un don de 7 M\$ de la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et permettra l'agrandissement des installations de recherche et le rehaussement technologique des infrastructures. Cette mise à niveau permettra de soutenir la recherche de nouvelles thérapies dans le domaine de la thérapie cellulaire et moléculaire, ainsi que de la médecine régénératrice, tous des pôles d'excellence dans notre institution. Des installations modernes et adaptées tant à la recherche qu'à l'enseignement constituent un préalable nécessaire au progrès en recherche.

Les ressources humaines

Comme pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, le recrutement de personnel demeure un défi important. L'année dernière, l'équipe de dotation de notre CIUSSS a traité plus de 106 000 postulations (internes et externes) et réalisé plus de 8 000 entrevues auprès de candidats externes. Au terme de ces démarches, nous avons procédé à environ 2 800 nominations de personnel déjà en poste (mutations internes) et 2 200 nouvelles embauches. Malgré ces résultats impressionnants, les défis demeurent importants. Nous sommes constamment en recrutement, d'autant plus que nous avons obtenu des investissements supplémentaires pour offrir davantage de soins et services et que nous sommes résolument engagés afin de relever ce défi pour nos usagers et pour équilibrer la charge de travail de notre personnel.

Nos chercheurs, médecins, gestionnaires et professionnels ont encore une fois démontré une grande disponibilité afin de répondre aux demandes des grands médias d'information. Cette année, nous avons dénombré 685 apparitions médias. Cette présence médiatique permet à la population d'avoir accès à des renseignements validés scientifiquement et de connaître les plus récents développements en santé et services sociaux. La série télé « De garde 24-7 » a d'ailleurs permis de révéler au grand public le travail extraordinaire réalisé par nos cliniciens et chercheurs auprès des patients de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Les liens avec la communauté

Il nous apparaît primordial de tisser des liens étroits avec nos nombreux partenaires socio-économiques, institutionnels et politiques. Ainsi, avec les maires des arrondissements de notre territoire, nous présidons le Conseil citoyen en santé. D'autre part, plusieurs de nos représentants sont associés aux travaux du Comité de développement de l'Est de Montréal et aux nombreuses tables de concertation multisectorielles.

Des développements importants au plan immobilier

Cette année nous a également permis d'entrer dans une phase de résolution des grands défis auxquels nous sommes confrontés, notamment les défis immobiliers.

Le 2 mars 2018, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé le projet de modernisation des installations de soins de santé, d'enseignement et de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont; un projet évalué à 1,8 milliard de dollars. Il s'agit d'une très bonne nouvelle pour la population qui pourra dorénavant recevoir ses soins dans un environnement moderne, accueillant et chaleureux, et pour les équipes qui y

œuvrent. Ce projet permettra de procéder à la construction d'un pavillon d'hospitalisation et de soins critiques, d'un Centre intégré de cancérologie de même qu'à la consolidation et à l'agrandissement du Centre de recherche, du Centre du savoir et du Centre universitaire d'ophtalmologie.

D'autre part, les travaux se poursuivent afin de construire le nouveau centre de dialyse de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Grâce à ce projet de 53,5 M\$, nous pourrons compter sous peu sur des installations qui respectent les nouvelles normes, qui seront plus spacieuses et ergonomiques, incorporant de nouvelles technologies dans un environnement adapté, afin de permettre à nos soignants de poursuivre leur travail avec l'excellence qui les caractérise.

Enfin, nous avons obtenu l'autorisation du ministre de procéder au projet d'agrandissement et de réaménagement de l'unité d'endoscopie et de chirurgie d'un jour de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale. Ce projet de 9,1 M\$ permettra d'ajouter une salle de chirurgie mineure, une salle d'endoscopie, une unité de retraitement des endoscopes ainsi qu'une aire de préparation et de récupération pour les usagers.

Nos finances

Afin d'optimiser nos ressources financières, nous avons notamment déployé un chantier visant à améliorer la chaîne d'approvisionnement et instauré 12 projets qui, à moyen et long terme, contribueront à l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Malgré tout, nous avons terminé l'année financière avec un déficit de 2 % de notre budget soit près de 22 M\$.

Des remerciements

Depuis sa création, il y a trois ans, notre établissement a atteint des résultats impressionnants qui témoignent éloquentement de sa maturité organisationnelle. Cette performance découle de l'engagement de nombreuses personnes et il nous apparaît essentiel ici d'en souligner l'importante contribution.

Ainsi, les nombreux bénévoles qui nous accompagnent dans la réalisation de notre mission conjuguent chaque jour leurs efforts afin d'accueillir, guider, écouter, soutenir et assurer une présence si importante. Par ces gestes généreux, posés au quotidien, ils entretiennent l'espoir et la détermination des personnes qui font appel à nos soins et services et contribuent assurément à l'humanisation des soins et services que nous offrons à nos concitoyens. Nous les en remercions chaleureusement!

Nous souhaitons également souligner l'engagement bénévole des membres du conseil d'administration.

Cette année, nous avons tenu six rencontres, en plus de la séance publique d'information. Nous remercions les membres du conseil d'administration pour l'examen des différents dossiers qu'ils ont eu à traiter et pour leur contribution aux nombreux comités de notre dispositif de gouvernance.

Il nous apparaît également important de remercier chaleureusement les fondations des établissements qui forment maintenant le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Grâce à leur soutien et à la générosité de leurs nombreux donateurs, nous pouvons offrir les meilleurs soins et services, contribuer à la formation de la relève, participer au développement de traitements à la fine pointe des connaissances et améliorer la qualité des milieux de vie.

Nous soulignons le partenariat accompli avec l'Université de Montréal qui ne rate aucune occasion de souscrire à chacun de nos projets, et d'agir comme précieux allié de nos développements pour faire avancer la science, améliorer les soins de santé, et soutenir une expertise de pointe.

Nous profitons enfin de cette occasion pour remercier sincèrement tous les employés, médecins et dentistes pour leur contribution à ces excellents résultats. Merci aussi aux membres de la direction, ainsi qu'à l'ensemble de nos gestionnaires pour leur leadership. La constance de leur mobilisation et leur professionnalisme sont gages de l'excellence des soins et services que nous offrons à la population de l'est de Montréal et d'ailleurs au Québec. Nous sommes fiers de notre bilan et surtout de la grande confiance que nous témoignent nos milliers d'usagers qui nous stimulent à toujours viser plus loin. Bonne lecture!



Yvan Gendron
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 2017-2018 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 2018.



Yvan Gendron
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-EMTL 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-EMTL 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-EMTL :

- 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 socio-sanitaire;
- 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.).

COMITÉ DE DIRECTION AU 31 MARS 2018

Pierre Beudet	directeur de la Logistique
Marc Bélisle	directeur des Ressources technologiques
Alain Bonnardeaux	directeur de l'Enseignement universitaire
Danièle Bernard	directrice des Soins infirmiers
Jonathan Brière	directeur du Programme de santé mentale et dépendance
Ghislain Chassé	directeur des Services techniques
Sylvie Dupras	présidente-directrice générale adjointe, Progra sociaux et de réadaptation
Marlène Galdin	directrice de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique
Yvan Gendron	président-directeur général
Marie-Claude Grondin	directrice des Projets immobiliers majeurs
Sylvain Lemieux	directeur général adjoint du Progra santé physique générale et spécialisée et directeur des Services multidisciplinaires
Dre Martine Leblanc	directrice des Services professionnels
Céline Morin	directrice générale adjointe Finances, Soutien, Administration et Performance et directrice des Ressources financières
Isabelle Portelance	directrice des Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
Julie Provencher	directrice du Programme jeunesse et des activités de santé publique
Sylvia Provost	directrice des Ressources humaines, des Communications et des Affaires juridiques
Claude Riendeau	directeur du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
D' Denis-Claude Roy	directeur de la Recherche

Vision

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

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-EMTL :

- 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 la Pointe-de-l'Île, de Lucille-Teasdale 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 supra-régional 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-EMTL 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 et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, centre affilié universitaire.

Désignation Institut universitaire de santé mentale

Dans le CIUSSS, la Direction des programmes de santé mentale et dépendance 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.

Désignation Centre affilié universitaire (CAU)

Affilié à l'Université de Montréal depuis 1997, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (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 2018

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Pierre Shedleur	membre indépendant, président du C.A.
Francine Décary	membre indépendante, vice-présidente du C.A.
Yvan Gendron	président-directeur général, secrétaire du C.A.

Membres indépendants

M ^e Anne Côté	présidente du comité de gouvernance et d'éthique
M ^e Consolato Gattuso	président du comité de vérification
Mariette Lemieux-Lanthier	présidente du comité des ressources humaines et des communications
Ghislaine Prata	présidente du comité de vigilance et de la qualité
Hélène Manseau	présidente du comité de révision
Djamila Benabdelkader	
Alain Martineau	
M ^e Antonio Sciascia	

Membres désignés par l'Université

D ^r Pierre Bourgoïn	représentant de l'Université
D ^r Daniel Lajeunesse	représentant de l'Université, président du comité des affaires universitaires

Membres élus

Daniel Beauregard	membre désigné, conseil des infirmières et infirmiers (depuis septembre 2017)
Steeve Gauthier	membre désigné, conseil des infirmières et infirmiers (CII) (jusqu'en septembre 2017)
D ^r Rafik Ghali	membre désigné, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Frédéric Lalonde	membre désigné, comité des usagers (CU) (depuis février 2018)
D ^r François Loubert	membre désigné, Département régional de médecine régionale (DRMG)
Émilie Mercier	membre désigné, conseil multidisciplinaire (CM)
Carl Mc Court	membre désigné, comité des usagers (CU) (jusqu'en novembre 2017)
Sabrina Sanzari	membre désigné, Comité régional sur les services pharmaceutiques
Charles Argento	membre observateur désigné par les présidents des fondations

Principales activités

En 2017-2018, 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 :

- la préparation à la visite d'agrément de décembre 2017;
- le rapport de la visite d'Agrément Canada;
- les priorités ministérielles (salle de pilotage);
- le modèle de performance;
- les défis immobiliers;
- la transformation de la gouvernance du Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC);
- le plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées;
- le plan de transformation du parc de lits du CIUSSS-EMTL;
- les règlements généraux du comité consultatif de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO) et du comité consultatif du CHSLD Polonais-Marie-Curie-Sklodowska;
- la nomination des médecins examinateurs pour l'ensemble du CIUSSS-EMTL;
- le projet de loi n°130: Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux;
- la Loi sur la divulgation des actes répréhensibles;
- le plan de transformation – santé mentale;
- le portrait des effectifs cadres;
- la demande de désignation – Institut universitaire en hématologie-oncologie et en thérapie cellulaire;
- des demandes de désignation toponymique pour plusieurs installations;
- la nomination d'une directrice adjointe – continuum des services clientèles à la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique;
- la nomination d'un directeur adjoint – opérations financières;
- la nomination d'un directeur adjoint du développement organisationnel, main-d'œuvre et enseignement non universitaire;
- la nomination d'un directeur du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- la nomination d'un directeur adjoint – volet pratiques professionnelles à la Direction des services multidisciplinaires;
- la nomination d'une directrice des projets immobiliers majeurs;

- la nomination d'un directeur des services techniques;
- la nomination d'un directeur du programme santé mentale, dépendance et itinérance;
- la nomination d'une sage-femme.

Le conseil d'administration a également accueilli deux nouveaux membres en 2017-2018, M. Daniel Beauregard, représentant du conseil des infirmières et infirmiers, et M. Frédéric Lalonde, représentant du comité des usagers du Centre intégré.

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

Au cours de l'année 2017-2018, 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 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/propres/comites-et-conseils/conseil-administration/>

Le CIUSSS s'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 ou instances

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE (CGÉ)	
M ^e Anne Côté	membre indépendante, présidente du comité
Yvan Gendron	président-directeur général
Mariette L. Lanthier	membre indépendante
Hélène Manseau	membre indépendante
M ^e Antonio Sciascia	membre indépendant
Invités permanents	
Francine Décary	vice-présidente du C.A.
Sylvia Provost	directrice des Ressources humaines, des Communications et des Affaires juridiques
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 conseil d'administration, 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 conseil d'administration;
- un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

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

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année 2017-2018

Pour l'année 2017-2018, les membres du comité de gouvernance et d'éthique ont porté une attention particulière aux dossiers suivants :

- Préparation à la visite d'Agrément Canada de décembre 2017 :
 - évaluation du fonctionnement du conseil d'administration selon les normes d'Agrément Canada;
 - adoption et suivi d'un plan d'amélioration continue de la qualité des normes de gouvernance d'Agrément Canada.
- Formation d'un comité d'examen ad hoc afin d'étudier un dossier d'éthique;
- Révision du code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS-EMTL;
- Travaux en cours de la présidente afin de mettre en place un tableau dynamique sur les rôles et responsabilités du C.A. et de ses comités.

Bilan des activités

Au cours de l'année 2017-2018, le comité de gouvernance et d'éthique a siégé à quatre reprises avec un taux de participation de 95 %.

Voici les suivis réguliers :

SUJET	23 mai 2017	8 sept. 2017	19 oct. 2017	24 janv. 2018
Suivis, divers dossiers et recommandations	X	X	X	X
Nomination des membres du C.A. dont les postes sont vacants		X		
Nomination annuelle des membres des comités du C.A.	en cours à la fin de l'exercice			
Correspondances / autres documents d'information	X	X	X	X
Évaluation annuelle du fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique	X			
Plan annuel de travail du comité	X			

Le suivi auprès du conseil d'administration de ses propres recommandations: de manière statutaire, le suivi des recommandations du CGÉ se trouve à l'ordre du jour des rencontres du C.A. La présidente dépose à chaque rencontre du C.A. un rapport des points saillants du comité.

Recommandations émises au C.A. par le comité de gouvernance et d'éthique au cours de l'année 2017-2018

Pour l'année 2017-2018, le comité de gouvernance et d'éthique a transmis au C.A. dix recommandations qui ont été adoptées par le C.A., soit :

- plan de travail et les outils pour assurer la conformité des normes sur la gouvernance;
- plan d'amélioration continue de la qualité des normes de gouvernance;
- poste de représentant du conseil des infirmières et infirmiers (CII) au sein du C.A.;
- plan d'amélioration continue de la qualité des normes de gouvernance et préparation à la visite d'agrément;
- démission du représentant du comité des usagers;
- plan d'amélioration continue de la qualité des normes de gouvernance;
- code d'éthique et de déontologie des administrateurs révisé;
- démission pour retraite de la présidente-directrice générale adjointe;
- cadre conceptuel en éthique;
- code d'éthique révisé.

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;

COMITÉ DE VÉRIFICATION

M ^e Consolato Gattuso	président du comité, membre du conseil d'administration
Mariette L. Lanthier	membre indépendante
Alain Martineau	membre indépendant
M ^e Antonio Sciascia	membre indépendant
Daniel Lajeunesse	membre indépendant

Invités permanents

Pierre Shedleur	président du conseil d'administration
Yvan Gendron	président-directeur général
Céline Morin	directrice générale adjointe Finances, Soutien, Administration et Performance et directrice des ressources financières

- 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 conseil d'administration;
- recommander au conseil d'administration 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 conseil d'administration 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 conseil d'administration (art.181.0.0.3, LSSS).

Dossiers complémentaires

- politique de sécurité de l'information;
- vérification interne – plan de travail 2017-2018 de l'ad-joint à la DGA-DRF,
- remboursement du solde de fonds;
- désignation des signataires bancaires;
- désignation des signataires autorisés à effectuer des transactions électroniques;
- vente de l'immeuble, 2700 Angus, Montréal;
- plan de redressement 2017-2018 (annexe 3);

- projet autofinancé avec emprunt pour la modernisa-tion de la buanderie de l'HSCO;
- projet autofinancé avec emprunt pour l'élimination des demandes de coloscopie hors délais;
- demande d'aide financière au Programme de soutien à la recherche – Volet 2;
- plan d'équilibre budgétaire (rencontre du 1^{er} no-vembre);
- convention de cession partielle d'activités – CHSLD de-la-Petite-Patrie (Quatre-Saisons);
- approbation du rapport périodique RR-444;

SUJET	6 avril 2017	12 mai 2017	1 ^{er} juin 2017	13 juin 2017	8 sept. 2017	19 oct. 2017	1 ^{er} nov. 2017	30 nov. 2017	24 jan. 2018	23 mars 2018
Suivis, divers dossiers et recommandations	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Suivis des états financiers, du budget d'exploitation et du plan d'équilibre budgétaire, s'il y a lieu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adoption des emprunts à être contractés auprès du ministère des Finances				X	X					
Déclaration de conformité de la part des dirigeants			X		X			X		
Reddition de comptes des engagements de 100 000\$ et de 4 000 000\$ et plus	X		X		X			X		
Reddition de comptes, Loi sur la gestion des contrôles des effectifs (LGCE)	X		X		X	X		X	X	
Plan de travail du Responsable de l'observation des règles contractuelles (RORC)										
Rapport annuel des travaux d'audit et recommandations du RORC										
Suivi des projets et activités en ressources informationnelles	X								X	
Présentation du cadre de gestion budgétaire										
Autorisation de signature de contrats d'approvisionnements, de services, d'immobilisations et de ressources informationnelles, des baux										
Présentation du plan de vérification par les auditeurs externes									X	
Nomination des auditeurs externes					X					
Choix de limite de la CNESST								X		
Tableau de bord										
Plan de conservation et fonctionnement immobilier (PCFI)									X	
Plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM)									X	
Bilan annuel des projets et activités en ressources informationnelles (BARI)						X				
Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI)			X							
Programme annuel des projets et activités en ressources informationnelles (PARI)			X							
Bilan annuel de la sécurité de l'information				X						
Dépôt des états financiers au 31 mars 2017				X						
Adoption du budget de fonctionnement		X								
Rapport sur le respect de la Politique d'approvisionnement										
Évaluation du fonctionnement du comité de vérification			X							
Évaluation du comité de vérification			X							
Calendrier annuel des séances du comité de vérification			X							
Plan annuel de travail du comité de vérification			X							

- autorisation d'un projet autofinancé avec emprunt pour l'optimisation du circuit du médicament;
- demande d'emprunt court terme;
- grille tarifaire des stationnements;
- suivi – Bilan de la sécurité de l'information;
- présentation du rapport de M. Ricard Gascon.

Nombre d'avis et de recommandations envoyés au conseil d'administration : 25

- autorisation d'un projet autofinancé avec emprunt pour l'optimisation du circuit du médicament;
- demande d'emprunt court terme;
- choix de la limite CNESST;
- grille tarifaire des stationnements;
- planification triennale 2017-2020 du maintien des actifs – volets PCEM et PCFI;
- budget alloué au Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière – rénovation fonctionnelle; mineure (PCFI-RFM) en CHSLD et autre que CHSLD.

	6 avril 2017	12 mai 2017	1 ^{er} juin 2017	13 juin 2017	8 sept. 2017	19 oct. 2017	1 ^{er} nov. 2017	30 nov. 2017	24 jan. 2018	23 mars 2018
Nombre d'avis ou recommandations envoyés au C.A.	1	1	3	4	5	0	2	7	2	0

Le suivi auprès du C.A. de ses propres recommandations: de manière statutaire, le suivi des recommandations du comité de vérification se trouve à l'ordre du jour des rencontres du C.A. Le président dépose à chaque rencontre du C.A. un rapport des points saillants du comité de vérification (CV).

Avis ou recommandations émis au C.A. par le comité de vérification au cours de l'année 2017-2018

Pour l'année 2017-2018, le comité de vérification a recommandé au conseil d'administration 25 avis ou recommandations. Les 25 recommandations adoptées par le C.A. sont les suivantes :

- politique de sécurité de l'information;
- budget de fonctionnement 2017-2018 du CIUSSS-EMTL;
- désignation des signataires bancaires;
- désignation des signataires autorisés à effectuer des transactions bancaires électroniques;
- vente de l'immeuble situé au 2700, rue Angus à Montréal;
- rapport financier annuel au 31 mars 2017 (AS-471);
- plan d'équilibre budgétaire (PEB);
- bilan annuel de sécurité de l'information;
- autorisation d'emprunt pour le CIUSSS-EMTL;
- nomination des auditeurs externes;
- régime d'emprunts à long terme;
- autorisation d'un projet autofinancé avec emprunt pour la modernisation de la buanderie de l'HSCO;
- autorisation d'un projet autofinancé avec emprunt pour l'élimination des demandes de coloscopies hors délais;
- pavillon de dialyse – Délégation du CIUSSS-EMTL à Pasquin St-Jean et Associés (PSA)
- plan d'équilibre budgétaire;
- demande d'aide financière au Programme de soutien à la recherche – volet 2;
- résultat financier – Plan d'équilibre budgétaire;
- convention de cession partielle d'activités – CHSLD de-la-Petite-Patrie (Quatre-Saisons);
- approbation du rapport périodique RR-444;

Résultats obtenus en fonction du mandat du comité

- Le comité analyse divers rapports relativement à la conformité des lois et règlements:
 - rapport du Responsable de l'observation des règles contractuelles (RORC)
 - rapport des vérificateurs externes
 - rapport d'audit interne

Les recommandations font l'objet d'un suivi au niveau du comité de vérification.

- Le comité fait le suivi des dossiers présentant des enjeux particuliers au financement:
 - budget annuel;
 - suivi périodique des résultats financiers;
 - suivi des projets des ressources informationnelles;
 - suivi des mesures d'optimisation.
- Le comité adopte les différentes planifications de l'organisation:
 - plans triennaux 2017-2020:
 - plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM),
 - plan de conservation et fonctionnement immobilier (PCFI);
 - programmation annuelle en ressources informationnelles (PARI) 2017-2018;
 - planification triennale des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI) 2018-2021;
 - bilan de la sécurité de l'information;
 - plan de travail 2017-2018 de l'adjoint à la DGA-DRF (plan de vérification interne);
 - suivi du plan d'action suite au dépôt du bilan en matière de sécurité de l'information.

Le comité examine les états financiers annuels et effectue les communications nécessaires avec les vérificateurs.

Perspective d'action pour la prochaine année

Les membres du comité de vérification sont préoccupés

pés par la situation financière du CIUSSS-EMTL. Dans la perspective d'assurer une vigie et une saine gestion des risques, ils ont établi un plan d'action. Les éléments de ce plan d'action proposés au conseil d'administration sont les suivant :

- tous les nouveaux ajouts de services pour l'année financière 2018-2019 devront être financés à 100 % par le MSSS;
- l'ajout d'une personne pour le suivi de l'analyse de performance et le suivi des indicateurs;
- le dépôt d'un plan d'action au comité des ressources humaines et des communications portant sur la gestion de l'assurance salaire;
- l'augmentation du nombre de rencontres du comité de vérification pour l'analyse des résultats périodiques.

La stratégie adoptée afin de combler le déficit consiste à rétablir l'équilibre budgétaire progressivement jusqu'en 2020-2021 tenant compte de la cible à atteindre. Le plan d'équilibre budgétaire (PEB) est orienté vers des projets d'amélioration de l'efficacité, un projet de réduction des jours d'hospitalisation, la réduction des coûts en assurance salaire et des compressions budgétaires soumises par les directions.

Le suivi des dossiers liés à l'informatisation sera également traité au cours des rencontres régulières et également, l'évolution de l'utilisation des enveloppes immobilières.

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS	
Mariette L. Lanthier	présidente du comité, membre du C.A., indépendante
Steeve Gauthier	membre du C.A., représentant du conseil des infirmières et infirmiers (membre jusqu'à la rencontre du 1 ^{er} juin 2017 incl.)
Alain Martineau	membre du C.A. (membre depuis la rencontre du 6 avril 2017)
Invités permanents	
Pierre Shedleur	président du C.A.
Yvan Gendron	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 (CRHC) a pour mandat :

- d'examiner les processus et les critères reliés à l'octroi d'un statut, de privilèges et des obligations qui sont rattachées ainsi que de l'acceptation de démissions et de congés de services des médecins, dentistes et pharmaciens;
- de formuler des recommandations au conseil d'administration 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 2017-2018, le CRHC a tenu quatre rencontres sur les sept planifiées. Il y a eu sept rencontres virtuelles pour la nomination de cadres supérieurs. Le taux de participation des membres de l'exécutif est de 97 %.

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

SUJET	6 avril	1 ^{er} juin	25 août	7 sept.	19 oct.	30 nov.	24 jan.
Suivis, divers dossiers et recommandations	X	X	X	ANNULÉE	X	ANNULÉE	ANNULÉE
Politiques de ressources humaines		X			X		
Plan de communication (population, personnel et partenaires)							
Bilan médias					X		
Rapport de plaintes de harcèlement psychologique	X				X		
Évaluation annuelle des activités et du fonctionnement du comité des ressources humaines et des communications		X					
Approbation du calendrier annuel des séances du comité des ressources humaines et des communications		X					
Approbation du Plan annuel de travail du comité des ressources humaines et des communications		X					
Nominations de cadres supérieurs	X	X	X		X		
Ententes de fin d'emploi	X		X		X		
Organigramme de l'encadrement supérieur du CIUSSS					X		
Négociations locales	X	X			X		
Optilab	X						
Nomination d'un membre au comité des ressources humaines et des communications	X						
Discussion sur les mandats respectifs du comité des ressources humaines et des communications	X						
Inscription annuelle au Barreau du Québec	X						
Rapport annuel des activités du comité 2016-2017		X					
Présentation du Portrait de la main-d'œuvre					X		
Situation sur l'accueil des demandeurs d'asile			X				

Recommandations émises au C.A. par le CRHC au cours de l'année 2017-2018

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

Pour l'année 2017-2018, le CRHC a recommandé 24 recommandations qui ont toutes été adoptées par le C.A., soit les suivantes :

- nomination d'une directrice adjointe continuum des services clientèles à la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique: M^{me} Chantal Quimper;
- nomination d'un directeur adjoint – opérations financières: M. Claude Le Borgne;
- inscription annuelle au Barreau du Québec;
- politique Réseau sur la gestion intégrée de la prévention, présence et qualité de vie au travail;

- nomination d'un directeur adjoint du développement organisationnel, main-d'œuvre et enseignement non universitaire à la DRHCAJ: M. Pascal Tanguay;
- entente de fin d'emploi (par courriel);
- nomination d'une directrice des projets immobiliers majeurs: M^{me} Marie-Claude Grondin (par courriel);
- nomination d'une directrice des soins infirmiers: M^{me} Danièle Bernard (par courriel);
- renouvellement de contrat de la responsable des services de sage-femme: M^{me} Marleen Dehertog (par courriel);
- nomination d'un directeur du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA): M. Claude Riendeau (par courriel);
- nomination d'un directeur adjoint – volet pratiques professionnelles à la Direction des services multidisciplinaires: M. Luc Legris (par courriel);
- entente de départ d'un cadre supérieur (par courriel);
- politique sur certaines conditions de travail des cadres;

- politique organisationnelle de santé pour un environnement sans fumée;
- nomination d'une directrice adjointe à l'hébergement à la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées: M^{me} Lynne Durand;
- adoption de l'organigramme de la haute direction;
- nomination d'un directeur des services techniques: M. Ghyslain Chassé (par courriel);
- nomination d'une sage-femme: M^{me} Rocio Del Carmen Vargas Abrego (par courriel);
- entente de départ d'un cadre supérieur (par courriel);
- nomination d'un directeur adjoint – volet opérations à la Direction des soins infirmiers: M. Marc Pépin (par courriel);
- nomination d'un directeur du programme santé mentale, dépendance et itinérance: M. Jonathan Brière (par courriel);
- entente de départ d'un cadre intermédiaire (par courriel).

Le suivi auprès du conseil d'administration de ses propres recommandations s'effectue de manière statutaire en figurant à l'ordre du jour des rencontres du conseil d'administration. 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 en acquittant avec rigueur chacune des responsabilités du mandat du CRHC, il est important de préciser que le CRHC pourrait, à ce stade-ci de l'existence du CIUSSS-EMTL, pousser plus loin deux thématiques fondamentales pour le conseil d'administration.

Premièrement, la volonté exprimée est d'augmenter la prise de décision collective à partir d'indicateurs de gestion sur les ressources humaines. Ainsi, pour le CRHC, le déploiement d'un tableau de bord organisationnel permettra assurément de mieux suivre la mobilisation du personnel et, s'il y a lieu, de proposer des solutions visant à l'accroître.

Également, le comité a adopté, l'année suivant la création du CIUSSS-EMTL, un programme de reconnaissance pour services rendus à l'établissement par des personnes qui œuvrent ou qui y ont œuvré. Pour l'année prochaine, la Direction propose de pousser un peu plus loin cette reconnaissance et de voir à ce que ce programme soit étendu à d'autres personnes de l'organisation qui y apportent quotidiennement le meilleur d'elles-mêmes. Le CRHC croit essentiel dans une organisation où l'âge moyen du personnel y est considérablement rajeuni par rapport à ce qu'il était dans les établissements avant la fusion des CIUSSS-EMTL, d'ajuster le programme de reconnaissance pour tenir compte des nouvelles générations.

Le CRHC s'assurait aussi de promouvoir le rayonnement de la mission de soins, d'enseignement et de recherche

et les contributions stratégiques liées à des pratiques d'excellence comme libellé précisément dans le mandat du comité. D'ailleurs, à cet égard, la directrice des ressources humaines, des communications, et des affaires juridiques, qui agit maintenant à titre de personne responsable des liens avec l'Université de Montréal en ce qui concerne le plan stratégique

«Transcender les frontières», pourra alimenter les discussions lors des rencontres avec le CRHC.

Les membres du comité et les administrateurs du conseil d'administration ont non seulement à cœur de reconnaître l'excellence, mais souhaitent formaliser leur appréciation par un événement distinctif. Le CRHC aura à se pencher sur cette question et l'honneur de proposer des idées pour réaliser une activité et atteindre cet important objectif.

C'est donc avec beaucoup d'enthousiasme et d'idées novatrices que le CRHC entame cette nouvelle année, car il croit profondément que les ressources humaines sont l'élément phare, les porteurs de sens, et le lien direct privilégié avec la population..

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES (CAU)

D ^r Daniel Lajeunesse	membre désigné de l'Université de Montréal (président du comité)
Djamila Benabdelkader	membre indépendante
D ^r Pierre Bourgoïn	représentant de l'Université de Montréal
Yvan Gendron	président-directeur général
Émilie Mercier	membre désigné par le C.A.

Invités permanents

D ^r Alain Bonnardeaux	directeur de l'Enseignement universitaire
Claire-Joane Chrysostome	directrice adjointe de l'Enseignement universitaire – volet administratif
Pierre Fontaine	directeur adjoint administratif – Direction de la recherche
Stéphane Guay	directeur adjoint scientifique – Direction de la recherche
D ^r Denis-Claude Roy	directeur de la Recherche
Pierre Shedleur	président du conseil d'administration

Mandat du comité des affaires universitaires

Le comité des affaires universitaires veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités conformément à la désignation universitaire du CIUSSS-EMTL, au contrat d'affiliation conclu avec l'Université de Montréal (UdeM) ainsi qu'aux attentes du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S) envers les établissements hôtes d'un ou plusieurs centres de recherche reconnus.

À cette fin, le comité des affaires universitaires doit notamment:

- recevoir et 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 conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations;
- veiller à ce 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;

et plus spécifiquement:

- recommander l'adoption par le C.A. des règlements et politiques suivants:
 - contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal;
 - traitement des plaintes à des fins disciplinaires concernant les résidents en médecine;
 - politique institutionnelle - Cadre réglementaire de la recherche;
 - règlement sur le comité d'éthique de la recherche;
 - politique sur la conduite responsable en recherche;
 - politique sur la gestion de la propriété intellectuelle.

Le comité s'assure de leur application et mise à jour annuelle.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année 2017-2018

Pour l'année 2017-2018, les membres du CAU ont porté une attention particulière aux dossiers suivants:

- projets immobiliers;
- renouvellement des subventions (FRQ-S) et évaluation des centres de recherche.

Bilan des activités

Au cours de l'année 2017-2018, le comité des affaires universitaires a tenu une rencontre avec un taux de participation des membres de l'exécutif de 80 %.

Présentation des suivis réguliers:

SUJET	1 ^{er} juin 2017
Projets immobiliers:	
• Mesures transitoires – CRHMR	X
• Nouveau CRHMR – phase 1	X
• Rénovation de l'amphithéâtre HMR	X
Demande de financement à la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) – Fonds Innovation	X
Évaluation des centres par le FRQ-S	X
Renouvellement de la subvention FRQ-S du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM) – Plan stratégique	X

Au cours de l'année 2017-2018, aucun avis et aucune recommandation ont été envoyés ou émis au C.A.

Résultats obtenus en fonction du mandat du comité

Puisqu'une seule réunion a eu lieu cette année, celle-ci consistait à informer le comité de l'évolution des dossiers.

Aucun suivi des rapports et des recommandations n'a été transmis au CAU dans le rapport annuel des comités du C.A. pour l'année 2017-2018.

Aucune recommandation du CAU n'a été émise.

Les perspectives d'action pour la prochaine année sont les suivantes:

- Revoir le résultat des évaluations des demandes à la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) et faire des recommandations en fonction du résultat.
- Suivre l'évolution des travaux de rénovation et de construction déjà en cours pour le CR-HMR et pour la bibliothèque du pavillon J.A.–DeSève.
- Suivre le résultat d'évaluation de la demande de renouvellement de la subvention FRQ-S du CR-IUSMM.
- Revoir les politiques en conduite responsable en recherche.

Enjeux

La modification potentielle de la subvention du FRQ-S pour le CR-IUSMM ainsi que les nouvelles règles pour la conduite responsable en recherche ont été au cœur des préoccupations du CAU.

COMITÉ DE RÉVISION	
Hélène Manseau Ph.D.	présidente, représentante du C.A.
D ^{re} Sandra Haxuan	médecine familiale, nommée par le CMDP
D ^r Jacques Tremblay	pneumologue, nommé par le CMDP
D ^{re} Hélène Lord	néphrologue, substitut nommée par le CMDP (jusqu'au 21 septembre 2017)

Mandat du comité de révision

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur de l'établissement. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles: Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 52.

Bilan des activités

Au cours de l'année 2017-2018, le comité de révision a siégé à six reprises. Durant cette période, quatorze demandes ont été reçues. Douze de ces demandes ont été traitées et deux étaient en cours d'examen à la fin de l'exercice.

Motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande durant l'exercice:

- Accessibilité (délais d'attente) 1
- Relations interpersonnelles 3
- Soins et services 11

Recommandations

- Le comité de révision réitère sa recommandation de l'an dernier à savoir: le Comité tient à rappeler l'importance de l'information dispensée aux patients et de la qualité des communications à entretenir avec ceux-ci.
- En regard des révisions de plaintes effectuées cette année, le comité de révision souhaite qu'une importance particulière soit accordée aux renseignements à fournir aux patients avant que ceux-ci subissent une intervention chirurgicale afin que leur consentement puisse être donné de manière éclairée.
- Le comité de révision recommande également qu'une attention soit portée afin que soient diminués les délais dans le classement des notes aux dossiers des patients au niveau du service des archives.

COMITÉ D'ÉTHIQUE EN RECHERCHE

Personnes ayant une vaste connaissance des méthodes ou des domaines de recherche couverts par le comité:

Stéphane P. Ahern	président intérimaire – membre du CMDP
Helen Assayag	membre du CMDP, pharmacienne
Philippe Bouchard	membre du CMDP, pharmacien
Karine Daoust	membre du CMDP, pharmacienne
Millie Lum	membre du CMDP, pharmacienne
Denis Projen	membre du CMDP, pharmacien
Marceline Quach	membre du CMDP, pharmacienne

Personnes spécialisées en éthique et en droit:

Brigitte Pâquet	personne spécialisée en droit
Marie Hirtle	personne spécialisée en éthique et en droit
Brigitte St-Pierre	personne spécialisée en éthique

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

Lise Dominique	représentante de la communauté non affiliée
Marie-Anne Doucet	représentante de la communauté non affiliée
Mathieu Roy	représentant de la communauté non affiliée

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

Guy Aumais	médecin
Julie Beaudet	médecin
Claire Béliveau	médecin
Yves Bendavid	médecin
Alain Bonnardeaux	médecin
Anne Boucher	médecin
Richard Boyer	chercheur
Isabelle Brunette	médecin
Lambert Busque	médecin
Pierre Chabot	médecin
Gabriel Chan	médecin
Christian Constance	médecin
Lara Degeurke	médecin
Jean-Luc Dionne	médecin
Suzanne Fortin	médecin
Mai-Kim Gervais	médecin
Paul Harasymowycz	médecin
Margaret Henri	médecin
Annie-Claude Labbé	médecin
Jean-François Latulippe	médecin
Patrick Lavigne	médecin
Guy Leblanc	médecin
Julie Leclerc	médecin
Martin Légaré	médecin
Alain Lesage	médecin
Nicole Lessard	médecin
Julien Letendre	médecin
Luigina Mollica	médecin
Roger Mousseau	médecin
Jean-François Pelletier	chercheur
Vincent Pichette	médecin
Madeleine Poirier	médecin
Louis Péloquin	médecin
Jean Proulx	chercheur
Philippe Richebé	médecin
Alain Robillard	chercheur
Peter Vavassis	médecin
Pascal-André Vendittoli	médecin

Mandat du comité d'éthique en recherche

Le mandat du CÉR est de veiller au respect des droits à la dignité, à la sécurité et au bien-être des participants à la recherche ainsi que de s'assurer que toute recherche effectuée au sein du CIUSSS-EMTL soit conforme aux normes scientifiques, légales et éthiques.

Le mandat du comité est 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, le CÉR 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 la *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 (ci-après «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 2017-2018, le CÉR a tenu 20 rencontres au cours desquelles 130 nouveaux projets ont été évalués.

Conseil multidisciplinaire (CM)

L'année 2017-2018 se caractérise par la première année complète d'opération du conseil. Il a déjà été mentionné que le CIUSSS-EMTL est une organisation d'envergure (2545 membres de CM provenant des sept anciens établissements répartis sur 42 points de service). Cette ampleur représente, pour l'exécutif, de nombreux défis. Cette année, la mise en place de l'exécutif a été complétée par la cooptation de trois nouveaux membres. Toutefois, comme dans toute grande organisation, le

départ de deux membres élus a également eu lieu. Le CIUSSS lui-même est en transformation, de nombreux changements sont en cours et la recherche d'une vitesse de croisière pour être en mesure de répondre à tous les mandats se poursuit. Le texte qui suit trace les réalisations du CECM pour l'année 2017-2018.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CECM) AU 31 MARS 2017

Martin St-George	président, organisateur communautaire/CLSC Hochelaga-Maisonneuve
Guy Jolicoeur	vice-président, travailleur social/CLSC de Saint-Michel
Carole Vacher	trésorière, psychologue/CLSC de St-Michel
Louise Soucy	secrétaire, psychoéducatrice/IUSMM
Sylvain Dubé	responsable communications, travailleur social/HSCO
Julie Dumas	nutritionniste/HMR
Guy Bourgie	éducateur spécialisé/CLSC de Saint-Michel (vacant depuis le 31 janvier 2018)
Cinthia Adolphe	éducatrice spécialisée/IUSMM
Ahmed Douadi	technicien en génie biomédical/HMR
Roselyne Héту	assistante-chef inhalothérapie/HMR
Magalie Leblanc	physiothérapeute/IUSMM (poste coopté)
Caroline Constantineau	ergothérapeute/CLSC de Rosemont (poste coopté)
France Després	thérapeute en réadaptation/PDI (poste coopté)
Yvan Gendron	président-directeur général CIUSSS-EMTL
Sylvain Lemieux	directeur général adjoint programme santé physique générale et spécialisée et directeur 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.

- Envers le président-directeur général, conformément à l'article 228 de la LSSSS, le conseil est responsable 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;
 - Toutes autres questions que le président-directeur général porte à son attention.

Plan d'action 2017-2018

Pour l'année 2017-2018, 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 et aux actions entreprises par le CIUSSS-EMTL;
- Appréciation et amélioration de la qualité de la pratique professionnelle des membres du CM;
- Soutien à l'implantation des comités des pairs;
- Présence aux comités de travail du CIUSSS-EMTL;
- Soutien et développement du CM;
- Reconnaissance des membres du CM;
- Plan de communication du CM;
- Présence aux instances communes du CIUSSS-EMTL;
- Agrément Canada et le souci de la qualité de la pratique professionnelle;
- Révision des règlements du CM.

Bilan des activités

Au cours de l'année 2017-2018, le CECM s'est rencontré à huit reprises. Il a également tenu deux rencontres de travail, une rencontre avec la Direction des services multidisciplinaires, avec un taux de participation entre 85 et 100 %. Les comités de travail ont tenu, quant à eux, 18 rencontres.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière

- Comités de pairs
 - Le guide des procédures d'encadrement a été lancé lors de l'AGA en juin 2017.
 - Le comité a reçu peu de propositions de comités de pairs.
 - En lien avec la DSM, une démarche pour faire la promotion de comités des pairs est amorcée avec le soutien des conseillers cadres de cette direction.
- 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.
 - La Direction générale (DG) a été saisie des difficultés que le comité rencontre dans la réalisation de son mandat.

- Une proposition a été déposée pour que la DG et la DSM conviennent avec la DRHCAJ et le CECM d'un calendrier de rencontres correspondant aux étapes de l'élaboration du plan de développement des compétences (PDC) et du plan de communication qui en découle.

- Comité des communications
 - Onze bulletins d'information ont été publiés.
 - Une mise à jour régulière de la page de l'intranet a été faite.
 - Un dépliant pour aider à mieux comprendre ce qu'est un conseil multidisciplinaire a été rédigé et déposé à la Direction adjointe des communications et relations publiques pour un soutien graphique.
- Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ)
 - La participation au colloque de l'ACMQ.
 - La collaboration au comité de travail de l'ACMQ.
 - La participation d'un membre du CM au C.A. de l'ACMQ.
- Révision des statuts et règlements
 - Le dépôt à la DG des statuts et règlements pour validation auprès du ministère et adoption par le C.A. du CIUSSS-EMTL.
- Participation à des comités de l'établissement
 - Comité de gestion des risques;
 - Comité des pratiques professionnelles;
 - Participation ponctuelle à certains comités à la demande de la Direction générale

Avis et recommandations du CECM

Présentés au président-directeur général

SUJETS	DATE
Avis sur la politique portant sur l'élaboration et la révision des plans d'intervention (POL-030)	8 sept. 2017
Avis sur le plan d'action qualité et sécurité pour l'HSCO de la Direction programme santé physique générale et spécialisée (DPSPGS)	20 sept. 2017

Consultations

Le comité exécutif a eu six rencontres de travail. Ces rencontres ont servi à recevoir huit présentations provenant de différents comités ou directions de l'organisation.

SUJETS	DATE
Cadre de référence en gestion intégrée de la performance et de la qualité	12 oct. 2017
Cadre conceptuel en éthique, centre de l'excellence multidisciplinaire.	12 oct. 2017
Politique organisationnelle de santé pour un environnement sans fumée, état de situation, agrément	12 oct. 2017
Prévention du suicide organisationnel requis	8 nov. 2017
Projet d'harmonisation de la fonction d'encadrement clinique	20 déc. 2017
Agir autrement pour mieux accompagner (transformation de la DSMD)	31 janv. 2018
Centre d'excellence multidisciplinaire	14 mars 2018
Accès aux services de proximité	14 mars 2018

Perspectives d'actions pour la prochaine année

Cette année, le travail du CECM a été porté par les réalisations des différents comités de travail de l'exécutif. La poursuite de cette façon de faire est souhaitée, car il y a un grand besoin d'échanger afin de saisir chacune des facettes des différents milieux de pratiques du CIUSSS-EMTL. L'objectif étant d'arriver à créer une culture CIUSSS riche de l'histoire des milieux et résolument orientée vers une organisation contemporaine des services.

Le plan d'action reste à finaliser. La communication représente toujours le défi numéro un de même que de soutenir davantage les membres dans la création de comités de pairs et de comités multidisciplinaires. Également, le CECM entend poursuivre les collaborations avec les acteurs impliqués dans l'élaboration du Plan de développement des compétences (PDC), ainsi que de mieux documenter et faire le suivi de l'utilisation des ressources dédiées au CECM en utilisant les outils organisationnels du CIUSSS-EMTL.

Aussi, le CECM souhaite, en collaboration avec les autres conseils professionnels, contribuer aux Comités des pratiques professionnelles (CPP) et de Gestion des risques (GR) et poursuivre ses collaborations dans l'organisation. D'autres changements sont à venir dans le réseau de la santé et des services sociaux et les liens avec les autres CM de Montréal et du Québec seront aussi à maintenir.

Conclusion

Le CECM a toujours beaucoup de projets à réaliser. Les moyens mis à sa disposition sont constamment tributaires du temps que les membres de l'exécutif sont en mesure de consacrer au CECM versus leur temps clinique. Au sein du CECM, la priorité demeure le temps consacré aux interventions auprès des patients. Cette équation engendre des délais et des problèmes dans la réalisation des mandats, et ce, malgré toute la bonne volonté. Faire vivre un CECM demande du temps et de l'engagement. L'implication des membres est aussi en lien avec l'importance que la direction générale accorde à ses conseils professionnels.

Cette année, le CECM a été plus productif que l'année précédente. Plus d'avis ont été produits, plus de bulletins de communications ont été publiés, et le nombre de consultations sur les projets de développement auquel le CECM a participé a été plus élevé. La volonté d'influencer positivement les pratiques professionnelles dans l'organisation demeure. Les projets d'infrastructure du CIUSSS sont importants. Toutefois, le « pain et le beurre » d'une organisation comme le CIUSSS, se sont les humains. Les patients bien sûr, mais aussi tous ceux qui contribuent à leur donner des services de qualité. Il est souhaité que la prochaine assemblée générale annuelle, qui aura lieu le 4 juin 2018, mobilise les professionnels et leur permette de bien comprendre l'action du CECM.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Membres du comité exécutif du CMDP

D ^r Rafik Ghali	HMR — président du comité
D ^r Ian Ajmo	HSCO — vice-président
Martin Franco	HMR — secrétaire-trésorier
D ^r Alain Bonnardeaux	CIUSSS-EMTL — directeur de l'Enseignement universitaire
D ^{re} Diane Brideau	installations PDI, conseillère CSSS, volet CLSC
D ^r Joseph Élias Feghali	installation HSCO — conseiller HSCO
Yvan Gendron	CIUSSS-EMTL — président-directeur général
D ^{re} Suzette Ghoubril	installation LT — conseillère CSSS, volet hébergement (CHSLD)
D ^{re} Martine Leblanc	CIUSSS-EMTL — directrice des Services professionnels
D ^r Vincent Pichette	HMR — conseiller HMR
D ^r Marc Sasseville	IUSMM — conseiller IUSMM

Le comité exécutif du CMDP a tenu dix rencontres et organisé deux assemblées générales durant l'exercice 2017-2018

Mandat du CMDP

Le CMDP est composé de médecins, de dentistes et de pharmaciens à qui le C.A. du CIUSSS-EMTL a dûment accordé un statut et des privilèges, le cas échéant, afin d'y exercer leur profession dans l'établissement.

Il se doit d'instituer un comité d'examen des titres, un comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique et un comité de pharmacologie.

Lorsqu'aucun chef de département clinique n'est désigné, le CMDP exerce la responsabilité du chef de département clinique en vertu du premier alinéa de l'article 190 de la loi, soit principalement la surveillance dont s'exercent la médecine, la médecine dentaire et la pharmacie dans ce département.

À la demande du C.A., le CMDP doit élaborer les règles de soins médicaux et dentaires ainsi que les règles d'utilisation des médicaments lorsque le chef de département clinique néglige de le faire.

Dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont celui-ci dispose.

Faits saillants

L'exécutif du CMDP a émis plus de 312 recommandations dont 100 nominations administratives et 860 renouvellements de privilèges au C.A.

- Comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique
Au cours de l'année 2017-2018, le comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, qui a tenu trois rencontres, a procédé à :
 - La révision du processus du contrôle des ordonnances de traitement et/ou d'hébergement.
 - L'émission de recommandations pour la mise en place de sous-comités d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.
 - La compilation de l'évaluation de la qualité de l'acte par critères explicites, comme en témoigne l'exemple d'étude suivant : « Parmi les patientes ayant accouché à l'HMR entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016, quelle est la proportion de grossesse pour lesquelles un dépistage de C Trachomatis et N Gonorrhoeae a été réalisé au 1^{er} trimestre ? » tel que recommandé dans le guide québécois de dépistage des ITSS.
 - La préparation d'une journée d'évaluation de la qualité de l'acte.
 - La formation offerte par l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens.
 - La mise en place d'un système de gestion bibliographique des évaluations de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.
- Comité d'examen des titres
 - Le 31 décembre 2017, le comité d'examen des titres a effectué 860 renouvellements des privilèges des médecins spécialistes et des médecins omnipraticiens du CIUSSS-EMTL. Il a tenu six rencontres durant l'exercice 2017-2018.
- Comité de discipline
 - Le comité de discipline, qui s'est rencontré à quatre reprises en 2017-2018, a procédé à l'étude d'un rapport de plainte transmise au CE-CMDP.
- Comité de dons d'organes et de tissus (DOT)
Le comité de dons d'organes et de tissus (DOT) a tenu trois rencontres en 2017-2018.
 - Le comité a tenu de nombreuses réunions avec la direction de l'HSCO concernant l'utilisation d'une salle comme site principal de prélèvement des tissus, hormis les tissus oculaires, lesquels sont déjà couramment prélevés par la Banque d'Yeux du Québec. Un accord tripartite (Optilab, CHUM, CIUSSS-EMTL) est en voie de concrétisation.
 - Un poste pour une deuxième infirmière-ressource DOT devrait se concrétiser prochainement; le poste devrait être affiché en mai 2018.

- Deux dons d'organes après décès cardiocirculatoire (DDC) ont été réalisés en 2016-2017. Les commentaires du personnel infirmier du bloc opératoire et de l'ensemble des équipes soignantes ont été positifs. Dans les deux cas, il y a eu arrêt des traitements au bloc opératoire (protocole Transplant-Québec) dans le but de diminuer le temps d'ischémie chaude. Il est décidé de conserver les deux options (arrêt des traitements aux soins intensifs ou au bloc opératoire) au protocole DDC-HMR.
 - Le protocole de l'aide médicale à mourir (AMM), préparé par Transplant-Québec, a été validé par le CDOT en étroite collaboration avec la docteure Dominique Dion (soins palliatifs). Les modalités du protocole ont été discutées, et la cartographie des lieux utilisés à l'HMR a été réalisée pour le DOT-AMM.
 - Les commentaires reçus à la suite de la visite d'Agreement Canada ont été très favorables.
- Comité de pharmacologie
Durant l'exercice 2017-2018, le comité de pharmacologie a tenu trois rencontres. Les dossiers suivants ont été étudiés :
 - Trabectedin dans les liposarcomes
 - R-Bendamustine pour le LNH du manteau
 - Vitamine C dans les chocs septiques
 - Arsenic dans les LMA – M3
 - Icatibant dans les angioedèmes secondaires aux IECA
 - Sugammadex
 - Insuline Balsaglar en CHSLD
 - RUM – Benzodiazépines-antipsychotiques-médicament pour la démence dans les CHSLD
 - Usage des abréviations non autorisées
 Les classes de formulaires suivants ont été révisées :
 - Benzodiazépines
 - 2.2 HBPM – chirurgie et thromboprophylaxie médicale

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Composition du comité exécutif du CII (CECII), institué en vertu de la Loi, au 31 mars 2017

Monique Nguyen	présidente, infirmière clinicienne en maladies chroniques / installations de Saint-Léonard et Saint-Michel
Josée Labbé	1 ^{re} vice-présidente et trésorière, infirmière clinicienne – Clinique STRP / IUSMM
Alexandre Lapierre	trésorière, infirmière clinicienne – Clinique STRP / IUSMM
Danièle Bernard	secrétaire, directrice des Soins infirmiers
Fatima-Zohra Haloui	assistante infirmière-chef, CHSLD Jean-Hubert Biermans, agente de communication
Johanne Laramée	infirmière clinicienne à la Maison Bleue - équipe SIPPE / installations Lucille-Teasdale – agente de communication
Daniel Beauregard	assistant infirmier-chef gériopsychiatrie / IUSMM et infirmier désigné au C.A. par le collège électoral du CII
Aurore Cockenpot	conseillère cadre en soins critiques, clientèle de soins critiques et de médecine spécialisée / HMR
Malgorzata Kiliszek	infirmière chef d'équipe / CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska
Yvan Gendron	président-directeur général
Mélissa Lalonde	chef de service de développement de l'expertise en intérim / installations PDI
Manon Pinet	conseillère en prévention des infections / IUSMM
Viorica Sarpe	infirmière / CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska

Invités

Claudiel Guillemette	directeur adjoint des Soins infirmiers – volet pratiques professionnelles et de l'excellence en soins infirmiers
Hélène Ménard	chef de service à l'évaluation des soins infirmiers et du matériel de soins (avril à décembre 2017)

Membres dont le mandat s'est terminé en juin 2017

Malgorzata Kiliszek	infirmière chef d'équipe / CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska
----------------------------	--

Membre dont le mandat s'est terminé en mars 2017

Alexandra Smilovich	infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat / installations Saint-Léonard-Saint-Michel
----------------------------	--

Mandat du CII

Le CII est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable envers le C.A. :

- d'apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers posés;
- de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers, les règles de soins médicaux, les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres ainsi que la distribution appropriée des soins dispensés par ces derniers.

Le CII est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur :

- l'organisation scientifique et technique du centre;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers.

Faits saillants

- Le dépôt au MSSS, en mars 2018, du règlement en vue de l'élection de l'infirmier devant être désigné par le collège électoral du CII.
- À la suite de la démission de M. Steeve Gauthier, le changement apporté au sein de la représentativité au C.A., soit : M. Daniel Beauregard désigné afin d'assumer le mandat restant en septembre 2017 et élu en tant qu'infirmier désigné par le collège électoral du CII en mars 2018.
- Un changement a été apporté au niveau de la constitution de l'exécutif par le cooptage de trois nouveaux membres.
- Une représentativité au sein du comité des pratiques professionnelles, du comité de gestion des risques et du comité consultatif immunisation.
- L'implication du comité dans le processus de visite d'agrément de décembre 2017.
- L'autoévaluation du CECII (analyse et dépôt au C.A. à venir).
- L'implication du comité de sélection des projets présentés au «Colloque du Carrefour des cadres CIUSSS-CEMTL – avril 2018».
- La participation aux activités associées à la démarche d'identification des valeurs de l'organisation.
- La participation de trois membres à l'assemblée générale annuelle et au congrès de l'OIIQ en tant que « déléguée ».

- La participation à différentes activités de l'Association des CII du Québec, dont le colloque, l'assemblée générale annuelle, une assemblée extraordinaire ainsi que des conférences.
- L'actualisation du plan de communication du comité, notamment par la création de l'adresse courriel du CII, le développement de l'arborescence et la bonification de la page du conseil dans l'intranet du CIUSSS-EMTL, la publication d'articles dans le journal interne Le 360 et la rotation des sites pour la tenue de l'ensemble des rencontres de l'exécutif.
- L'élaboration et l'implantation d'une procédure de «Cheminement des demandes» auprès de l'exécutif. Obtention de l'autorisation pour diffuser des notes de services par les canaux de communication officiels du CIUSSS-EMTL.
- La planification et la coordination de l'événement-partenariat du CIUSSS-EMTL, le 8 février 2018, intitulé *Au rythme de l'acuité, s'améliorer pour se mesurer*, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Faculté des Sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal.
- L'organisation et la coordination des activités de la Semaine de l'infirmière et de la Journée de l'infirmière auxiliaire, en collaboration avec l'Institut de cardiologie de Montréal.
- La consultation et l'accompagnement du comité de la relève infirmière (CRI) dans la réalisation de son mandat.
- La mise en place, la consultation et l'accompagnement du comité infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) dans la réalisation de son mandat.
- Une rencontre avec la directrice du développement de l'OIIAQ en lien avec la création du CIIA et les grands dossiers de l'OIIQ.
- Un partenariat avec le comité exécutif du CM : la constitution d'un comité ad-hoc qui s'est rencontré à trois reprises.
- La planification de la mise en place d'une station visuelle opérationnelle (SVO) à la salle de pilotage pour le CECII.
- Une démarche amorcée afin d'obtenir un emplacement permanent pour l'exécutif et des outils de travail permettant une plus grande efficacité dans la réalisation du mandat (p. ex. : portable, clé d'accès à l'intranet, accès au répertoire B).

- Un projet-pilote : depuis mars 2018, la désignation de deux vice-présidentes au lieu d'une.
- La rédaction d'une lettre d'appui au concours d'innovation clinique Banque Nationale.
- La rédaction d'une lettre sur la constitution d'un comité conjoint entre le CII et le CM avec les facultés de l'Université de Montréal.

Principaux avis et recommandations émis

- Avis sur l'abolition des ordonnances collectives (OC) visées par la prescription infirmière.
- Déploiement de la prescription infirmière et règles de soins associées (*Prescription infirmière (RSI-1)*), Prescription infirmière dans le domaine des soins de plaies).
- Politique sur l'élaboration et la révision des plans d'intervention PII.
- Ordonnance collective: initier une échographie gestationnelle et initier un dosage sérique BHCG en contexte de pré-IG.
- Politique d'allaitement maternel.
- Politique organisationnelle de santé pour un environnement sans fumée.
- Plan d'action qualité et sécurité HSCO.
- Addendum RS-SI-001 Administration des vaccins – contribution de l'infirmière auxiliaire à la vaccination.
- Lettre d'engagement en traumatologie de l'HSCO.
- Gouvernance en soins infirmiers et nomination de la DSI.
- Avis « Vision intégrée des pratiques professionnelles ».
- Règle de soins ou protocole: surveillance fœtale par auscultation intermittente.
- Offre de service en soins de plaies.
- Protocole de dépistage de l'hyperbiliribinémie en période postnatale en communauté.
- Plan d'action de la DSI à l'IUSMM (événements sentinelles urgence et USI).
- Rapport d'observation sur la gestion clinico-administrative de la DPSMD.
- Politique et procédure « Notification aux receveurs de produits sanguins ».
- Prévention et gestion des chutes.
- Contexte de temps supplémentaire obligatoire (TSO) chez le personnel infirmier du CIUSSS-EMTL.
- Opportunité de partenariat entre la FSI de l'UDM, les étudiants (trois cycles) et le CIUSSS-EMTL (conférences, projets de recherche).
- Recommandation au Projet centralisation pharmacie CIUSSS-EMTL.
- Recommandation au plan de transformation en santé mentale.

Présentations principales auprès du CECII faites par les représentants des dossiers suivants :

- Projet de centralisation des pharmacies du CIUSSS-EMTL.
- Déploiement des meilleures pratiques en soutien à domicile.
- Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI).
- Plan de transformation en santé mentale.
- Rôle des sages-femmes.
- Audits prévalence des chutes, prévention des plaies de pression, lavage des mains.
- Politique organisationnelle de santé pour un environnement sans fumée.

Rencontres

Le CECII s'est réuni à 10 reprises au cours de l'année. L'assemblée générale annuelle s'est tenue le 5 juin 2017 et la prochaine aura lieu le 13 juin 2018. Plusieurs rencontres de travail ont également eu lieu pour faire progresser les dossiers du comité

COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ (CUCI)

Carl Mc Court	président (destitution octobre 2017)
Jeannelle Bouffard	vice-présidente et présidente par intérim (novembre 2017)
Francesca d'Errico	secrétaire (démission juin 2017)
Geneviève Brûlé	membre régulier
France Moreau	membre régulier
Jacques Hould	membre régulier (démission octobre 2017)
George Pajuk	membre régulier
Lucille Le Boudier	membre régulier
Micheline Vermette	membre régulier
Joseph Ferrarelli	membre régulier

Les membres du CUCI se sont réunis à neuf reprises au cours de la dernière année.

Faits saillants

Malgré plusieurs bouleversements au sein du comité, le CUCI est demeuré présent et actif.

Les membres du comité ont participé à différentes consultations lors de présentations de plusieurs acteurs des services du CIUSSS-EMTL, notamment le président-directeur général, le directeur du Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, la chef de service de la comptabilité, la directrice de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique ainsi que des gestionnaires de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

Les membres du CUCI ont également participé à des visites ministérielles en CHSLD et à une rencontre lors de la visite d'agrément en décembre 2017.

Le comité a contribué au Cadre de référence sur la gestion intégrée de la performance et de la qualité ainsi qu'au Cadre conceptuel en éthique.

Un calendrier a été conçu et distribué pour promouvoir et offrir une meilleure visibilité au CUCI et aux différents comités d'usagers et de résidents.

Une personne-ressource était disponible jusqu'à sa démission au 31 décembre 2017

Activités de l'établissement

Les soins et services offerts par le CIUSSS-EMTL s'articulent autour de 16 directions et une direction générale, comme en témoigne l'organigramme à la page 10. Au cours de l'année 2017-2018, chaque direction a travaillé à la réalisation de nombreux projets que nous vous présentons dans les pages qui suivent.

Les directions cliniques

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

La Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées a procédé à des modifications importantes de son organigramme. La Direction adjointe du développement des programmes et services a été abolie, ce qui a permis d'intégrer davantage les trajectoires de soins palliatifs et de gérontopsychiatrie avec la première ligne. Les responsabilités des cinq coordonnateurs de la 1^e ligne ont été revues en profondeur. Les coordonnateurs soir, nuit et fin de semaine ont également été intégrés sous la gouvernance de l'hébergement.

La DSAPA a aussi consolidé le fonctionnement des salles de pilotage tant pour la salle de pilotage de sa direction que par celles des directeurs adjoints. Il faut noter l'étroite collaboration des cogestionnaires médicaux en regard de la planification des services et de l'atteinte des cibles.

La DSAPA a collaboré étroitement avec les partenaires de la Direction de santé physique, du réseau de l'hébergement et des ressources intermédiaires de l'Est afin de diminuer le nombre de personnes de niveau de soins alternatifs (NSA) dans les centres hospitaliers. En collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, 45 nouvelles places temporaires en ressources intermédiaires et 46 nouvelles places en CHSLD ont été créées. Très actifs en centre hospitalier également, on a planifié de façon précoce et conjointe les congés des usagers (PPCC) et favoriser le retour à domicile des personnes suite à leur séjour à l'hôpital.

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

- À la suite des investissements ministériels de 53 nouveaux postes en soutien à domicile, l'intensification des activités de recrutement a permis de combler à 90 % l'ajout de nouvelles ressources. Ces ajouts de ressources professionnelles ont permis aux équipes de soutien à domicile d'intensifier l'offre de service dans toutes les sphères d'activités et d'éliminer les listes d'attente en soins infirmiers, en aide à domicile et de réduire de façon significative les délais d'attente

pour tous les autres services. Cela a engendré une augmentation de l'intensité des services à domicile de 17 %, et 24 % en termes d'heures de services.

- Un important partenariat avec les résidences privées pour aînés (RPA) du territoire a été développé par la couverture de chacune par une infirmière de liaison. Elle visite régulièrement les RPA, fait du repérage de clientèle et de la référence au soutien à domicile ou autres services au besoin afin de permettre à la personne de demeurer dans sa RPA de façon sécuritaire.
- Une augmentation de la performance de 3 % en soutien à domicile pour l'année 2017-2018.

Les principales réalisations de l'équipe du volet développement et programmes spécifiques

- La poursuite de l'implantation de l'équipe dédiée en soins palliatifs à domicile dans le réseau local de service (RLS) de Lucille-Teasdale, ce qui a permis d'augmenter, entre autres, le pourcentage de soutien lors de décès à domicile. Sur les 1 000 personnes en fin de vie suivies par l'équipe du soutien à domicile, 33 % ont reçu à domicile les services adaptés à leurs besoins.
- La réalisation de travaux préparatoires en étroite collaboration avec les équipes médicales dans le but d'implanter un centre multiservices gériatrique qui coïncide avec l'arrivée de gériatres dans le CIUSSS-EMTL. Ces travaux importants permettront d'améliorer l'offre de services à la population.

Les principales réalisations de l'équipe de l'hébergement

- La révision complète de l'offre alimentaire dans les 15 CHSLD par l'équipe de l'hébergement en collaboration avec la Direction adjointe de l'hôtellerie. L'ensemble des menus et des recettes a été révisée selon les attentes ministérielles. Les travaux ont permis de s'assurer de la valeur nutritive des menus offerts, du respect des meilleures pratiques et de faire en sorte que le repas demeure une expérience sociale de qualité pour les personnes hébergées. La création de comités de menus périodiques pour s'assurer de la participation des résidents-familles de chaque CHSLD à la confection des menus. 90 % des objectifs du projet sont atteints.
- Le déploiement de mesures extraordinaires à la suite de l'investissement de 136 nouveaux postes en hébergement, particulièrement des préposés aux bénéficiaires, pour assurer la dotation de tous ces nouveaux postes. La consolidation du partenariat avec la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île (Comité de Santé de

l'Est) pour la formation et l'embauche de nouveaux employés et l'embauche de 80 étudiantes en soins infirmiers ayant terminé leur 1^{re} année de formation. Ces mesures ont permis de rapidement répondre aux besoins de la clientèle et à l'amélioration des services. L'embauche de nouveaux postes de préposés aux bénéficiaires (PAB) octroyés par le MSSS pour l'ajout du 2^e bain en CHSLD est en cours.

- La poursuite des travaux pour la réalisation du projet clinique dans les 15 CHSLD et la réponse aux engagements du PDG à la suite du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD. L'atteinte à 90 % de conformité en regard des visites d'évaluation de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'équipe est en action sur les cinq engagements du PDG. Des actions importantes ont été réalisées pour améliorer les services aux personnes avec des symptômes comportementaux psychologiques reliés à la démence (SCPD), le déploiement du projet OPUS-AP pour diminuer l'utilisation des psychotropes chez la clientèle souffrant de démence, l'ajout du 2^e bain pour la clientèle qui le souhaite et le partenariat avec les comités des résidents et des usagers. Il faut noter le travail extraordinaire des préposés aux bénéficiaires pour implanter dans chaque unité de vie une heure d'animation du milieu de vie par les préposés aux bénéficiaires. Ce projet a d'ailleurs remporté le 1^{er} prix «Aux petits soins» de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal en juin dernier.

Enjeux et priorités

- 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.
- Étendre le repérage de la clientèle vulnérable dans d'autres milieux que les RPA, soit en partenariat avec les groupes de médecin de famille (GMF), les pharmacies communautaires, les organismes communautaires.
- Répondre aux besoins importants de main-d'œuvre en santé.
- Réaliser la transformation du parc de lits en CHSLD pour répondre aux besoins actuels de la population. Développer des micro-milieus adaptés en transformant des secteurs dans les unités de vie pour répondre aux besoins de la clientèle souffrant de symptômes comportementaux psychologiques reliés à la démence (SCPD).

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

Les principales réalisations de la Direction des programmes de déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique

- La création d'un comité de concertation entre les organismes communautaires en déficience physique et les cinq CIUSSS montréalais. L'objectif de ce comité est de mettre en place des solutions simples et rapides aux difficultés vécues par les personnes présentant une déficience physique dans le contexte de l'offre de service des CIUSSS.
- La réalisation et le suivi du plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2017-2018 par un groupe de travail composé de représentants de 10 directions du CIUSSS et de représentants d'organismes communautaires.

Les principales réalisations de l'équipe des programmes de déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme

- Accès aux services: les cinq CIUSSS montréalais ont convenu et harmonisé les critères d'admissibilité aux programmes pour les personnes présentant un retard global de développement (RGD), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Cette collaboration a également permis la mise à jour du portail Santé Montréal relativement au guichet DP-DI-TSA, ceci dans le but de simplifier l'accès aux services.
- Accès aux services: la mise en place d'une équipe unifiée de professionnels provenant de la première ligne (CLSC) du CIUSSS et de la deuxième ligne (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, CRDITED) pour le guichet d'accès en DI-TSA et DP sensorielle pour la population de l'est de Montréal.

Les principales réalisations du programme de déficience physique

- Un des livrables du plan d'action biennal 2018-2020 en accident vasculaire cérébral (AVC) est la mise en place du programme «La vie après l'AVC» de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Ce programme est destiné aux personnes qui ont subi un arrêt vasculaire cérébral et à leurs proches afin de les soutenir pour mieux vivre au quotidien avec les conséquences de l'AVC.

- La mise en place d'un soutien clinique dédié à l'encadrement des pratiques en déficience physique. L'argent de développement en soutien à domicile (SAD) reçu à l'été 2017 a notamment permis de développer deux postes de spécialistes en activités cliniques et un poste d'infirmière clinicienne dédiée à la clientèle en déficience physique.

Enjeux et priorités

Enjeux

La collaboration avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal afin de définir les contours de nos offres de services respectives (services spécifiques vs services spécialisés) auprès de la clientèle DI et TSA et la réorganisation des ressources humaines pour répondre aux besoins de la population de l'Est de l'Île, en concordance avec le cadre de référence sur l'offre de services pour les personnes ayant un DP, une DI ou un TSA.

Priorités

Le développement d'une offre de service unifiée en intervention précoce auprès des enfants de la naissance à sept ans ayant des retards significatifs de développement (retard global de développement, hypothèse TSA, de TSA, déficience intellectuelle ou déficience physique) pour l'est de l'île de Montréal en collaboration avec le CIUSSS du Centre Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Le respect des critères du plan d'accès à l'égard des personnes ayant une déficience (DI-TSA et DP) : cible de 90 % de respect des priorités urgent, élevé et modéré.

Le développement d'une offre de service TÉVA (transition de l'école à la vie active) pour la clientèle de 16 à 21 ans afin de favoriser leur intégration à la vie adulte après la scolarité.

La révision des processus cliniques de la direction.

Direction des programmes en santé mentale et dépendance (DPSMD)

La Direction des programmes santé mentale et dépendance a amorcé, cette année, un 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.

Visant à faciliter l'accès et simplifier le parcours de soins et services, ce plan vise également à assurer une réponse mieux adaptée à chacune des étapes de la trajectoire de services susceptible d'être empruntée par la

clientèle. L'ensemble de la Direction santé mentale et dépendance, le personnel, les médecins et les gestionnaires sont impliqués dans cette transformation de l'offre de service afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

Les principales réalisations de l'équipe du continuum des services-clientèles

L'année 2017-2018 a vu le déploiement d'une toute nouvelle offre de service s'inscrivant en ligne directe avec la vision du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 et celle appuyant la transformation des services de la DPSMD. L'offre de service en psychiatrie communautaire consiste à l'intégration, au sein de la mission CLSC et des équipes en place, de médecins psychiatres venant apporter leur expertise, non seulement auprès des équipes des services spécifiques, mais également auprès des médecins œuvrant en GMF et plus largement dans la communauté.

- Programme Portail
 - *Équipe de santé mentale en CLSC*
Relocalisation des services d'évaluation psychiatrique en CLSC, présence des psychiatres communautaires dans les équipes et mise en place d'équipes de travail interdisciplinaires
- Programmes Services spécialisés
 - Troubles psychotiques|Recherche en pharmacologie
 - Recherches évaluatives comme, entre autres, la recherche sur le profil des besoins et caractéristiques de la population desservie par le programme PEP, ayant plus de 35 ans.
 - Participation à des études cliniques 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 leur impact sur la condition clinique, le fonctionnement et la qualité de vie des usagers.
 - 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 schizophrénie résistante au traitement.
 - la prévention des rechutes en schizophrénie.
 Ces études accessibles à la clientèle du programme atteinte de schizophrénie permettent d'offrir une alternative de traitement et de suivi et l'essai de médicaments novateurs dans l'espoir de, soit soulager les symptômes persistants ayant un impact sur le fonctionnement des usagers, soit d'accompagner leur traitement antipsychotique actuel afin de prévenir les rechutes psychotiques. Les projets sont présentés et approuvés, au préalable, dans le cadre du dispositif légal du MSSS, par le comité d'éthique de la recherche et leur validité a été

approuvée par le comité d'évaluation scientifique. Le suivi éthique exigé est effectué via le logiciel Nagano.

Dans le cadre de la recherche, les usagers sont recrutés volontairement et consentent à l'étude de manière libre et éclairée. Ils participent aux démarches de sélection et de vérification de l'éligibilité, ainsi un bilan de santé complet est effectué selon le protocole. Ils reçoivent le/les traitements à l'étude gratuitement, fournis par le commanditaire pharmaceutique et transmis par la pharmacie de recherche de l'IUSMM. Les participants sont encadrés par une équipe de recherche constituée de psychiatres/chercheurs, infirmières cliniciennes de recherche, assistantes de recherche/évaluatrices cliniques et pharmaciens de recherche.

Le suivi étroit qui est effectué en cours d'étude permet la surveillance des effets secondaires et l'appréciation de l'évolution clinique des participants ainsi que la contribution à l'avancement de la science pharmacologique. Elle permet d'obtenir des données québécoises sur des traitements expérimentaux testés à travers le monde chez des personnes atteintes de schizophrénie. Cela s'inscrit dans la mission recherche de l'institut et le désir d'élargir les options thérapeutiques de notre clientèle.

- *Troubles relationnels | Collaboration à la rédaction d'un cadre de référence du CNESM*

L'équipe du service des troubles relationnels a collaboré à la rédaction d'un cadre de référence du Centre national d'excellence en santé mentale, portant sur l'offre de service de groupe pour les troubles de la personnalité limite en contexte de première ligne en santé mentale. L'objectif de ce cadre de référence était d'arriver à une proposition d'une offre de service mieux adaptée au contexte d'intervention de proximité, s'appuyant sur les principes de soins par étape et inspirée des meilleurs pratiques.

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 messagerie texto).

Les principales réalisations de l'équipe du développement et des programmes spécifiques

Au sein du service de psychiatrie légale, l'année 2017-2018 a vu la complétion des plans immobiliers d'une unité de 18 lits dans un environnement adapté pour les personnes judiciairisées avec un trouble mental. L'équipe qui a amorcé ses activités depuis 2015 a augmenté sa prise en charge et ses activités principalement reliées à l'évaluation du risque hétéro-agressif. Cette augmentation se poursuivra dans la prochaine année avec l'arrivée d'une psychiatre spécialiste et l'ouverture de l'unité prévue à l'automne. Pour le Programme de psychiatrie en

déficience intellectuelle, l'année 2017-2018 aura permis d'amorcer le redéploiement de l'offre de service pour aussi desservir les personnes avec un trouble du spectre de l'autisme ayant un trouble mental sans déficience intellectuelle. L'année qui se termine a aussi été marquée par des travaux de collaboration importants avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Ces travaux visent à assurer un meilleur suivi et davantage de fluidité avant, pendant et suite à une hospitalisation. Mentionnons aussi l'intégration dans une ressource résidentielle d'un usager hospitalisé depuis 6 ans via le projet DEM (dysfonctions exécutives majeures). Des travaux ont aussi été amorcés en lien avec le déploiement de services en itinérance et en dépendance.

• Programme déficience intellectuelle en psychiatrie

- *Création d'une équipe de recherche clinique*

En 2017, le Dr Alexis Beauchamp-Châtel, psychiatre et Jacques Bellavance, Ph. D., neuropsychologue et praticien-chercheur, ont élaboré une programmation de recherche clinique, soutenu la réalisation de recherches cliniques et mis en place les conditions pour offrir un milieu de stage de recherche clinique aux étudiants de premier cycle universitaire.

Sur le plan de la programmation de recherche, le Dr Beauchamp-Châtel a offert sa collaboration à des chercheurs pour recruter des patients intéressés à participer à des recherches génétiques et sur l'autisme au féminin (en collaboration avec l'équipe du Dr Mottron). De plus, il a complété une maîtrise en recherche à l'Université de Montréal. Il a réalisé une étude portant sur les crises de colère chez les enfants d'âge préscolaire présentant un trouble du spectre de l'autisme. Les projets de recherche de Jacques Bellavance portent sur l'amélioration des services spécialisés offerts aux adultes présentant une déficience intellectuelle par le développement d'outils d'évaluation des déficits cognitifs. De plus, l'équipe a collaboré avec des cliniciens et des chercheurs universitaires à la réalisation de recherches portant sur la prévention du suicide ou sur l'application d'un programme d'intervention intensive pour certains patients hospitalisés depuis plusieurs années.

En 2018, l'équipe de recherche poursuivra les recherches en cours et elle offrira un milieu de stage en recherche clinique à trois étudiants du baccalauréat en psychologie.

- *Unité de soins du 4^e Riel*

Un processus de clarification des rôles et fonctions pour chaque titre d'emploi sur l'unité a été amorcé. Ce processus s'est fait avec la participation de tous les employés et le soutien du Service du développement organisationnel et Service aux cadres de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. Ce processus est le résultat d'une réflexion paritaire entre la direction, le syndicat et cette unité.

- *Comité de consultation des usagers*

Dans un désir d'amélioration continue, le comité de programmation clinique du Programme de psychiatrie en déficience intellectuelle (PPDI) a exprimé le désir d'inclure un patient partenaire au sein de son comité. Étant donné qu'il est difficile d'appliquer le rôle type du patient partenaire à notre clientèle, l'idée d'un comité composé de clients hospitalisés est survenue. En formant un groupe, davantage de clients pourront s'exprimer et la représentativité du groupe sera meilleure. La formule d'un comité à part du comité de programmation permettra également d'adapter le contenu à notre clientèle.

Ce comité vise le bien-être du client en apportant des changements concrets dans leur vie quotidienne. Le client sera au centre des décisions et aura une réelle influence sur les changements apportés. Ultiment, une évolution continue des services et pratiques de travail au Programme de psychiatrie en déficience intellectuelle est souhaitée. Le comité se rencontrera six fois par année.

- *Module 12-25 ans | Mise en fonction de l'équipe Connec-T*

2017 a vu la mise en fonction de l'équipe Connec-T, qui associe deux des quatre pratiques de pointes issues de l'IUSMM – volet Réseau. L'objectif de cette équipe est d'intervenir précocement auprès de jeunes de 12-25 ans présentant les symptômes émergents d'un trouble psychotique ou d'un trouble de la personnalité limite.

La phase 1 du démarrage de cette équipe a permis d'accueillir jusqu'à présent 204 jeunes de 18 à 25 ans ayant préalablement fait l'objet d'une évaluation par un psychiatre et n'ayant reçu qu'une durée limitée d'interventions professionnelles. L'intervention pilotée par un « gestionnaire de cas », la mobilité de l'équipe en plus de la centration sur un projet de vie pour ces usagers font de CONNEC-T une équipe qui a devancé l'émission des lignes directrices du MSSS en matière de meilleures pratiques d'intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques.

Le volet d'intervention précoce pour les jeunes présentant un trouble de la personnalité limite, quant à lui, innove avec des pratiques thérapeutiques audacieuses adaptées à cette jeune clientèle et ayant comme visée d'offrir le plus rapidement possible une intervention abordant les enjeux spécifiques à ce trouble mental.

L'équipe compte actuellement 9.5 ETC afin de répondre aux deux volets de sa mission. En 2018-2019, elle sera appelée à inclure progressivement les 12-17 ans et les 26-35 ans dans son offre de service et devra, de ce fait, augmenter ses effectifs professionnels. À terme, plusieurs mesures seront prises pour faciliter le plus rapidement possible l'accès à sa programmation clinique spécialisée.

CONNEC-T souhaite faire de la psychiatrie autrement afin de mieux rejoindre et traiter les jeunes, pour qui l'accès rapide à des soins spécialisés de qualité peut signifier un changement dans leur trajectoire de vie à long terme.

Les priorités dans la prochaine année comprennent la poursuite des travaux amorcés et la révision de l'offre de service de la Clinique Cormier-Lafontaine pour les troubles concomitants. Le déploiement de l'équipe CONNEC-T qui offre des services d'intervention précoce pour les personnes avec un premier épisode psychotique ou avec un trouble de la personnalité limite sera également une des priorités.

Les principales réalisations de l'équipe de l'hébergement

Ressource résidentielle Charlemagne 2

Dans le cadre du plan NSA (niveaux de soins alternatifs) Santé mentale de la région de Montréal, le CIUSSS-EMTL a reçu le mandat du MSSS, en avril 2017, de mettre sur pied une ressource résidentielle de haute intensité pour une clientèle en perte d'autonomie et troubles du comportement de 24 places. En lien avec le manque de places répondant aux besoins de ce profil de clientèle dans notre réseau résidentiel actuel et de l'urgence d'agir, cette ressource a été implantée sur le site de l'IUSMM avec ses employés dans un temps record, soit 87 jours en pleine période estivale. Pour réaliser convenablement cet important défi, ce projet a dû mobiliser rapidement différents acteurs de toutes les directions de l'établissement. L'exemple de cette démarche réussie démontre la capacité de réalisation de l'organisation

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

Les principales réalisations de l'équipe du continuum naissance

Projet césarienne

Afin d'améliorer la productivité du bloc opératoire de l'HMR, le processus de prise en charge des césariennes a été optimisé. Depuis novembre 2017, ce sont les infirmières de la salle d'accouchement qui font la prise en charge préopératoire des césariennes électives et non-électives, sur le quart de jour. Fort d'une approche concertée depuis sa planification et ayant une vision commune, ce projet tripartite de la Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services professionnels, démontre déjà de bons résultats, notamment une meilleure répartition de l'activité de soins sur toute la semaine à l'unité anti-post-partum et une diminution des interruptions au programme du bloc, tout en assurant une qualité et sécurité des soins.

Programme EMMIE

C'est en février 2018 qu'on a procédé au déploiement du programme EMMIE (Entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants) qui vise à faire la promotion de la vaccination. Deux conseillers en vaccination ont été intégrés à l'équipe de soins périnataux en milieu hospitalier, lesquels accompagnent les parents dans leur réflexion sur la vaccination de leur enfant. Cette stratégie d'intervention (une séance d'échange personnalisée sur la vaccination d'une durée d'environ 20 minutes) a permis de rejoindre, en peu de temps, au-delà de 200 parents à l'unité anti-post-partum et à l'unité néonatale lors de leur séjour à la naissance de leur enfant.

Ce programme contribuera à favoriser un meilleur respect du calendrier de vaccination recommandé chez les enfants, et ainsi, avoir un impact sur l'augmentation du taux de vaccination infantile.

Maison de naissance et service de sage-femme

C'est le 31 octobre 2017 que le ministre de la Santé et Services sociaux, M. Gaëtan Barrette, annonçait la construction d'une maison de naissance dans l'est de l'île de Montréal, et ce, en correspondance avec la «Politique de périnatalité 2008-2018» et les meilleures pratiques mondiales. De par l'implantation d'un service de sage-femme, approximativement 400 accouchements par une sage-femme pourraient avoir lieu, contribuant aussi à améliorer l'accessibilité au suivi de grossesse de première ligne. La construction de la maison de naissance adjacente au CLSC de Mercier-Est est en cours, l'ouverture étant prévue pour le printemps 2019.

Les principales réalisations de l'équipe pédiatrique

BBM dans la communauté

L'acquisition de 25 bilirubinomètres (BBM) a permis de lancer un projet novateur pour la détection de l'ictère (jaunisse) dans la communauté lors de suivis postnataux. Un processus de dépistage de l'ictère néonatal est actuellement en place lors du séjour du nourrisson, à la suite de sa naissance. L'acquisition de ces BBM permet aux infirmières en santé parentale infantile de fournir les mêmes soins offerts en milieu hospitalier pour détecter l'ictère. Cet appareil portatif, qui évalue la quantité de bilirubine sanguine chez le bébé, vient ajouter de l'information supplémentaire au jugement clinique de l'infirmière, lui permettant ainsi une détection précise. L'évaluation, faite sur place par les infirmières, favorise le bien-être des nouveau-nés et de leurs familles, évitant des déplacements inutiles et stressants, tout en contribuant à désengorger les services hospitaliers. Le projet, qui a débuté sur le territoire de la Pointe-de-l'Île, s'étendra prochainement au territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel et, enfin, au territoire de Lucille-Teasdale.

Réorganisation des cliniques externes de pédiatrie

Plusieurs travaux se sont réalisés dans le but d'améliorer les trajectoires de soins permettant d'avoir le bon patient au bon endroit et au bon moment. À titre indicatif, le triage infirmier du sans rendez-vous pédiatrique au pavillon Rosemont a été amélioré. L'infirmière fait maintenant une évaluation sommaire à l'arrivée des enfants, ce qui permet de repérer rapidement les enfants nécessitant un traitement immédiat. De plus, un arrimage avec l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a été effectué permettant de réorienter trois patients de l'urgence vers le sans rendez-vous pédiatrique chaque jour de la semaine.

Afin de bien soutenir l'équipe de soins, une révision complète du support administratif a également été effectuée. Les rôles, responsabilités et tâches des agents administratifs ont été revus, les lignes téléphoniques ont été simplifiées, un accueil centralisé pour la clientèle a été créé, de nombreuses procédures ont été mises en place et la signalisation a été améliorée.

Enfin, dès l'automne 2017, l'analyse et l'évaluation de chaque type de professionnels œuvrant à la clinique externe ont été amorcées dans le but d'évaluer l'offre de services actuelle, les enjeux et les solutions possibles.

Projet 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 et avec une contribution de l'entreprise Métro. Ce projet est axé sur la saine alimentation et l'exercice physique chez les enfants d'âge scolaire. Huit ateliers sont offerts, dont six ateliers d'activités physiques avec thématique animés par un kinésiologue et deux ateliers portant sur les habitudes alimentaires et les outils existants animés par une nutritionniste. L'objectif est d'assurer une pérennité dans le maintien des bonnes habitudes de vie.

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

Déploiement du programme «Ma grossesse en santé»

Nouvelle offre de services bonifiée et déployée dans les trois réseaux locaux de service pour le suivi prénatal auprès des mères vulnérables, particulièrement les femmes immigrantes diplômées vivant seules, isolées, ayant un faible revenu familial, qui ne peuvent être intégrées au programme SIPPE (programme déjà dédié aux mères ayant un faible revenu et qui sont sous-scolarisées). Cette programmation permet de :

- améliorer la santé des femmes enceintes en leur donnant accès aux coupons OLO (CEuf, Lait, Orange) et aux suppléments vitaminiques et ainsi, réduire l'incidence des bébés de petits poids;
- préparer les femmes à la venue du bébé;
- promouvoir l'allaitement;
- dépister la négligence;
- améliorer les saines habitudes de vie;
- briser l'isolement social des futures mamans.

Cette activité de groupe permet de rejoindre plus de mères dans un temps circonscrit. Durant les deux heures de l'activité, une heure est consacrée à l'enseignement d'un thème, tandis que la deuxième heure permet la démonstration d'une collation tirée du programme «1 000 jours pour savourer la vie» de la Fondation OLO (une collation santé à faible prix). Ensuite, les femmes bénéficient d'une évaluation individuelle par l'infirmière et la nutritionniste.

Révision de nos processus vaccinaux lors de nos cliniques en milieu scolaires

Afin de maximiser le nombre d'heures infirmières consacrées à la vaccination, un comité a été mis en place afin de revoir le processus de vaccination dans les écoles. Une cartographie complète a été réalisée et a permis d'harmoniser les processus dans les écoles primaires et secondaires, et ce, pour l'ensemble du CIUSSS-EMTL, permettant ainsi de diminuer le temps administratif consacré par les infirmières et de diminuer le délai de saisie de vaccination. Cette révision d'offre de services est en continu et en constante amélioration.

Augmentation du taux de dépistage des ITSS auprès des 15-24 ans

Afin d'avoir un portrait réel des enjeux constituant l'offre de services de dépistage ITSS, un comité d'analyse a été formé, regroupant les différents acteurs des directions concernées. Suite à ce comité, un plan d'action fut mis en place dont une des priorités a été d'assurer une stratégie conjointe avec la Direction des soins infirmiers pour la formation et l'habilitation des infirmières scolaires dispensant des activités de dépistage de type clinique jeunesse, et ce, dans tous les milieux secondaires et CÉGEP du CIUSSS-EMTL. Les efforts communs de tous ont permis de mieux desservir la clientèle 15-24 ans, d'atteindre et même de dépasser la cible de 1 720 dépistages annuels, et ce, dans les milieux de proximité des jeunes du territoire.

Les principales réalisations de l'équipe des jeunes en difficulté et santé mentale

Premiers soins en santé mentale

Le 8 février 2018 a eu lieu le lancement officiel du projet «Repérage des jeunes en santé mentale». Un des volets de ce projet est la formation de secourisme en

santé mentale via la formation «Premiers soins en santé mentale» (PSSM), pour les adultes en interaction avec les jeunes. Cette formation a été offerte sur le territoire à plus de 240 personnes qui proviennent de 12 milieux différents du secteur public, des organismes communautaires et également des personnes de la communauté. Elle a permis d'outiller les gens à reconnaître les premiers symptômes de problèmes de santé mentale chez les jeunes, de fournir une aide primaire à ceux dans le besoin et d'orienter ceux-ci vers l'aide professionnelle appropriée. Dans les deux prochaines années, on sera à même de former plus de 500 autres personnes. Donc, en plus d'avoir contribué à diminuer la stigmatisation de la santé mentale chez les personnes qui côtoient les jeunes et d'augmenter la confiance de la communauté à l'idée de porter assistance à une personne qui a besoin d'aide, on porte un projet de société qui fait résonance pour les parents, les travailleurs, les voisins et toutes les personnes qui seront, de près ou de loin, touchées par la maladie mentale d'un jeune.

Amélioration de l'accès aux services psychosociaux Jeunes en difficulté

De nouvelles allocations de développement pour les jeunes en difficulté et leur famille ont permis l'embauche de neuf professionnels (travailleurs sociaux, psychoéducateurs et éducateurs spécialisés) pour améliorer l'accès aux services et diminuer les listes d'attente en protection de la jeunesse. L'arrivée de ces intervenants, la révision du processus clinique et administratif ainsi que le développement d'une programmation éducative ont permis l'amélioration du volume d'activité et une baisse des délais d'accès. En comparaison avec l'an dernier, on note une amélioration de l'accès aux services psychosociaux, soit 16% pour les jeunes 0-17 ans et 21% pour les jeunes et leur famille Jeunes en difficulté (JED). Les délais d'accès se sont améliorés pour maintenant assurer une réponse dans les délais prescrits du MSSS, soit dans un délai de 30 jours. Cet investissement récurrent permet assurément une meilleure réponse aux besoins des enfants, des jeunes et de leur famille sur le territoire du CIUSSS-EMTL.

Entente de collaboration avec le Centre de pédiatrie sociale en communauté de Hochelaga-Maisonneuve

Le CIUSSS-EMTL collabore depuis longtemps avec le Centre de pédiatrie sociale en communauté de Hochelaga-Maisonneuve (Fondation du Dr Julien). En 2017-2018, une entente de collaboration a été convenue afin de rejoindre un plus grand nombre d'enfants du quartier, de coordonner les services offerts par les partenaires et de suivre les modalités du MSSS reliées au déploiement d'intervenants au CPSC-HM.

Un comité de partenariat est actif pour coordonner les actions, les services et le soutien aux professionnels (travailleurs sociaux et infirmière) déployés au CPSC-HM.

Riche d'un partenariat fort, l'entente du CIUSSS-EMTL sert de modèle pour le déploiement provincial des centres de pédiatrie sociale en communauté partout au Québec.

Les principales réalisations des équipes du secteur de la participation citoyenne et promotion de la santé globale des communautés

- Appropriation du Plan d'action régional intégré (PARI) et identification des cibles d'amélioration pour une meilleure performance au taux de conformité.
- Définition des rôles en prévention clinique et environnements favorables à la santé: Service direct à la population, service de soutien au personnel de santé, service intégré dans trajectoire des soins et services. Transformation de la pratique professionnelle associée.
- Création d'un réseau alimentaire dans l'est de Montréal afin d'agir collectivement sur les facteurs de risque et opportunité d'action.

Conseil citoyen en santé de l'Est de Montréal

Mis en place en février 2016, le Conseil citoyen en santé de l'Est de Montréal (CCSEM) regroupe une quarantaine d'acteurs et représentants des secteurs de la santé, du développement social, du logement, du transport, de l'environnement, de la sécurité publique, de l'éducation, de la culture, de l'emploi et des affaires. Le CCSEM est une structure démocratique qui favorise les échanges et la participation citoyenne en matière de santé et de bien-être de la population. Sous l'égide d'élus de proximité et du CIUSSS-EMTL, il soutient le développement des capacités de la collectivité et le décloisonnement des actions des partenaires en matière de promotion de la santé auprès de la population, notamment chez les plus vulnérables.

L'apport du CCSEM a été souligné à plusieurs reprises suite à la visite d'Agrément Canada à l'automne 2017. Perçue comme une initiative créative et innovatrice, cette instance expérimentale a donné lieu à des démarches collectives très intéressantes au cours des derniers mois. Parmi les réalisations du CCSEM en 2017-2018, mentionnons d'abord le développement d'une approche concertée qui permet d'identifier, de qualifier et de corriger les différentes problématiques d'insalubrité sur le territoire. Mentionnons aussi la tenue d'un forum sur la littératie en santé qui a regroupé une centaine de participants. Enfin, grâce à l'implication des acteurs de CCSEM et de la Table de concertation des aînés de Montréal, il a été possible d'élaborer un guide de mobilisation citoyenne visant l'amélioration de l'accessibilité des CLSC du CIUSSS-EMTL et la sécurité en transport actif et collectif. Le début de l'année 2018-2019 s'annonce tout aussi enrichissante pour le CCSEM et ses membres avec l'organisation d'une journée conférences sur la thématique du cannabis.

Les principales activités réalisées par les équipes du secteur des pratiques préventives et d'équité en santé

- Création et adoption d'une politique pour un environnement sans fumée.
- Développement d'une approche intégrée et de liens d'arrimage pour identifier, caractériser et régler les cas complexes d'insalubrité.
- Nouvelle offre de services de l'équipe santé publique en intervention de proximité en situation complexe d'insalubrité et soutien-conseil auprès des directions et partenaires.
- Facilitation de l'intégration des jeunes ayant des besoins particuliers aux camps de jour régulier pendant la période estivale.
- Dépistage communautaire de la tuberculose active et l'attente auprès de la population vulnérable dans Hochelaga-Maisonneuve.

Enjeux et priorités

Santé publique

- Des enjeux autour de la santé mentale et des habitudes de vie de la population, quel que soit le groupe d'âge: les besoins de santé et d'accompagnement des personnes vieillissantes pour favoriser le maintien à domicile; les préoccupations environnementales liées au camionnage lourd et à la proximité d'industries polluantes; le développement et la santé des enfants/jeunes et le soutien/accompagnement des familles.
- Des enjeux autour des familles immigrantes récentes : augmentation importante de l'immigration (49 % de la population de Saint-Léonard est issue de l'immigration dont 20 % représentent des nouveaux arrivants) et des familles avec de jeunes enfants. Le soutien et l'accompagnement des familles immigrantes dans leur intégration à la société, l'adaptabilité des services de santé et des services sociaux, des services scolaires, municipaux et communautaires et à leur cohabitation avec les aînés du territoire.
- Favoriser la littératie auprès de la population de l'est de Montréal. Les compétences en littératie de près de la moitié des adultes sont faibles ou très faibles dans l'est de Montréal. À part les démarches en alphabétisation qui rejoignent peu ces personnes (2 %) et vu les impacts importants de cette situation sur leur vie, celle de leurs enfants et sur l'ensemble de la communauté, y a-t-il d'autres façons d'agir? (Forum sur littératie).

L'information et la consultation de la population

Rendre compte des modalités et des mécanismes mis en place par le CIUSSS-EMTL pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus

Direction des services multidisciplinaires (DSM)

Les principales réalisations de la Direction des services multidisciplinaires

- La révision de l'offre de services hospitaliers qui a complété le chantier de la transformation au sein de la DSM.
- La participation des équipes de la DSM à l'agrément.

DIRECTION ADJOINTE – VOLET OPÉRATIONNEL

Les principales activités réalisées par l'équipe des services et réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, audiologie, nutrition, inhalothérapie, électrophysiologie médicale)

- La participation aux groupes de travail visant la désignation de l'HMR à titre de centre secondaire AVC.
- La participation de physiothérapeutes à des projets de recherche dans les secteurs suivants : oncologie, urgence et chirurgie orthopédique.
- L'accessibilité accrue aux professionnels en ergothérapie, physiothérapie et orthophonie durant la fin de semaine à l'HMR qui a des impacts positifs sur les délais de prise en charge.
- La mise en place d'une équipe dédiée à la clientèle AVC.
- L'actualisation de la transformation de la DSM par l'intégration des pyramides de priorité par discipline et la collaboration interdirections avec la DSAPA pour définir les offres de service.
- Le regroupement du service ambulatoire de réadaptation pour la clientèle adulte (SARCA) de la Pointe-de-l'Île avec l'équipe de réadaptation physique à l'IUSMM.
- La participation à l'élaboration et au déploiement de la planification précoce et conjointe de congés (PPCC) à l'urgence.
- La stabilisation accrue des ressources en inhalothérapie à l'HSCO.
- L'harmonisation de pratiques en inhalothérapie.
- L'harmonisation des fournitures en inhalothérapie.

Les principales activités réalisées par l'équipe des services psychosociaux généraux (service social, psychologie, soins spirituels, bénévolat)

- La collaboration et la participation au déploiement du projet RAMQ itinérance.
- L'optimisation et la consolidation des équipes à la suite du transfert de plusieurs intervenants en GMF.
- La mise en place de l'encadrement clinique, en collaboration avec l'équipe des pratiques professionnelles, pour les professionnels en GMF, en CLSC et en centre hospitalier.
- L'implication des GMF dans les trajectoires Alzheimer, santé mentale et maladies chroniques.
- La révision et l'optimisation du programme de maladies chroniques de la première ligne pour faciliter

le travail entre les intervenants du CLSC et ceux du CEMC qui forment maintenant une équipe.

- Le déploiement d'un cadre de référence et d'une image visuelle pour les services aux bénévoles du CIUSSS-EMTL (création conjointe de la DSM et de la DSAPA).
- La participation active des travailleurs sociaux au nouveau processus de facturation, principalement à l'HMR et à l'HSCO.
- Le déploiement de stations visuelles opérationnelles (SVO).

Les principales activités des services courants, du guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) et du prélèvement

- La « Grande inscription » rendue possible au 31 mars 2018 (processus d'attribution et de prise en charge simplifié pour les médecins).
- L'harmonisation des heures d'ouverture des centres de prélèvements.
- Le déploiement du CEMC au sein de l'organisation et l'intégration des équipes CLSC à l'équipe existante.

Enjeux et priorités

- L'amélioration de l'accès aux services de première ligne.
- Les enjeux liés à l'embauche et à la rétention du personnel.
- L'optimisation et la clarification des rôles dans un concept d'interdisciplinarité et de planification des congés précoces.
- La continuité des travaux d'harmonisation des processus et de l'offre de services.
- La création d'un réel continuum de services et de soins dans un climat de confiance et de gestion des risques adapté à la réalité de l'utilisateur.
- La mise à jour des compétences dans différentes disciplines.
- L'attention particulière portée à la mobilisation des employés et à celle des cadres intermédiaires auxquels on confère beaucoup de responsabilités et dont on exige une grande imputabilité.

Les principales modifications apportées dans les services offerts

- **Réadaptation** : Le déplacement de certains services de physiothérapie vers l'HSCO et l'IUSMM pour en améliorer l'accès.
- L'ajout d'un équivalent à temps complet (ETC) en CHSLD de PDI afin de travailler à améliorer l'état nutritionnel des résidents.
- **EPM** : La participation des techniciens en électrophysiologie médicale (EPM) dans la salle d'hémodynamie.
- **Services courants** : la réorganisation clinique amorcée pour répondre à l'augmentation des volumes dans certains CLSC (CLSC de St-Michel et de l'Est).

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-après, quelques-unes de ces réalisations.

- Le déploiement du plan d'action du comité de prévention du suicide en collaboration avec la Santé publique et la Direction de la santé mentale et dépendance: protocole interdisciplinaire, trajectoires de services, porteur de la POR Agrément 2017, formation et arrimage avec le comité régional en prévention du suicide.
- Le début du programme de conférence du Centre d'excellence multidisciplinaire en collaboration avec la direction des ressources humaines et création du calendrier 2018-2019.
- La contribution à la mise en place de multiples formations : plan d'intervention multidisciplinaire, tenue de dossier, dysphagie, soins de plaies, régime de protection, etc.
- La prise en charge multidisciplinaire de la clientèle AVC de novo avec dysphagie en milieu hospitalier.
- L'élaboration d'un outil de Plan d'intervention individualisée (PII) pour la clientèle AVC et de la formation donnée.
- La pratique organisationnelle requise (POR) Suicide passant l'agrément grâce au travail d'une équipe mobilisée.

Enjeux et priorités

- L'actualisation de l'offre de services intégrés pour les trajectoires de soins et de services.
- Le déploiement du projet d'harmonisation de la fonction d'encadrement clinique.
- Le dossier sur l'évitement des zones de piégeage des lits utilisés par la clientèle

Direction des services professionnels (DSP)

Les principales activités des équipes de médecine spécialisée

Amélioration de 18 % du temps de la durée de prise en charge de la clientèle en infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) – «Door to balloon» - Hémodynamie

À l'hiver 2017, le MSSS a demandé aux établissements de procéder à un redressement majeur des processus pour faciliter la prise en charge de la clientèle en infarctus aigu du myocarde, et ainsi atteindre la cible provinciale suivante: 75 % de la clientèle prise en charge dans un délai de moins de 90 minutes (*door to balloon*).

Une révision complète des processus internes été réalisée et les stratégies visant la collaboration inter services et un focus rigoureux en tenant compte des objectifs précis pour diriger rapidement l'équipe et le patient vers la salle d'hémodynamie ont été mises en place. Les résultats au 31 juin 2017 était d'un délai de 58 minutes (vs 71 minutes au 31 mars 2016) et une proportion de patients pris en charge à l'intérieur de 90 minutes de 87,5 %, dépassant largement la cible provinciale.

Une révision constante des processus et une application tout au long de l'année des mesures retenues en 2017 seront effectuées en 2018.

Transfert des activités de suivi de l'anticoagulothérapie vers les pharmacies communautaires – Médecine de jour

Dans le contexte de transformation des activités ambulatoires hospitalières, maximiser la pertinence des activités associées au plateau technique hospitalier pour développer l'offre de services ambulatoires passe par le dégagement d'une marge de manœuvre lors du déplacement de certaines activités à l'extérieur de l'hôpital. C'est donc dans ce contexte que les milliers de visites de suivi annuellement associées à l'anticoagulothérapie ont été déplacées vers les pharmacies communautaires, et ce, grâce à un immense travail de collaboration entre les partenaires externes, les équipes médicales et les différentes équipes cliniques de l'ambulatoire et de l'hospitalisation.

Mise en place des requis au Plan québécois de dépistage du cancer colorectal – Endoscopie

Une transformation des Services d'endoscopie de l'HMR et de l'HSCO au cours des derniers mois a été effectuée pour se préparer au déploiement du Plan québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR).

Ainsi, plusieurs changements ont été apportés, dont la révision des formulaires et questionnaires, l'ajout de ressources pour la gestion des rendez-vous et le dépistage, l'épuration des listes d'attente et la création des listes d'attente électronique et de suivis et la préparation au déploiement du Centre de répartition des demandes de services (CRDS).

En plus de la révision des processus, diverses stratégies ont été mises en place afin d'augmenter la production en examens. D'une moyenne de moins de 120 colonoscopies par semaine en P1 (2017-2018), le nombre passe à 176 colonoscopies par semaine en P11, soit une augmentation de 47 %, pour l'HMR. Pour l'HSCO, le nombre est passé de 154 à 240 pour les mêmes périodes (P1 vs P11), soit une augmentation de 56 %.

Les principales activités des équipes périopératoires et chirurgicales

- Une augmentation de la production chirurgicale de 17 % par rapport à 2015-2016; un total de 23 493 interventions ont été réalisées en 2017-2018, par rapport à 21 433 en 2016-2017, et 20 041 en 2015-2016.
- Une diminution significative des listes d'attentes pour chirurgies des patients de plus d'un an. En effet, à la P1 en 2016-2017, il y avait 1 212 patients, alors qu'à la P1 en 2017-2018, il y en avait 518, pour atteindre moins de 100 à la P10.
- Une amélioration de la prise en charge des listes pour chirurgies oncologiques et une augmentation des cas de chirurgies oncologiques réalisés à l'intérieur de 28 jours et de 56 jours. Dans les faits, plus de 90 % des cas sont opérés à l'intérieur de 56 jours, la cible étant de 100 %; alors que plus de 50 % et près de 70 % des cas sont réalisés à l'intérieur de 28 jours, respectivement pour l'HMR et l'HSCO.
- Une diminution quasi complète au recours à la MOI (main d'œuvre indépendante infirmière) stabilisation de la main d'œuvre et augmentation de la rétention du personnel de 30 %.
- L'optimisation des autres plateaux techniques en cours, avec notamment l'utilisation d'une salle d'opération de l'IUSMM pour les cas de plastie de la main.

Les principales activités des équipes des affaires médicales

- La nomination de plusieurs chefs de service.
- La nomination de certains coordonnateurs médicaux à la suite d'un processus d'appel d'intérêt et d'entrevue.
- La désignation d'adjoints de site pour plusieurs départements à l'HSCO.
- Le renouvellement des privilèges des médecins du CIUSSS-EMTL avant l'entrée en vigueur du projet de loi 130.
- La présentation des grandes orientations du projet de loi 130 à différentes instances médicales.
- La tenue de dix rencontres par année de l'assemblée des chefs de départements et coordonnateurs médicaux.

Les principales activités des équipes des archives (secteurs hospitaliers et communautaires)

Au sein des groupes de médecine de famille (GMF)

- La réorganisation de plusieurs tâches et la cessation d'une tâche liée à un titre d'emploi qui n'existait pas au MSSS. Cela a permis l'abolition de postes (1,65 etc) ainsi que le financement de deux postes de secrétaires médicales d'un GMF.

Numérisation

- Les documents pour l'HMR et l'HSCO ont été numérisés à 100 %, permettant ainsi un accès direct aux données cliniques via le dossier clinique informatisé OACIS. Cela permet également une rapidité d'accès

aux données cliniques et la possibilité de consultation par plusieurs intervenants simultanément.

Arrêt de classement des rapports au dossier papier

- Puisque l'ensemble des documents se retrouvent maintenant dans le dossier clinique informatisé OACIS pour l'HMR et l'HSCO et, à l'instar des autres établissements ayant procédé à la numérisation, un arrêt de reclassement des documents aux dossiers a été convenu à compter du 1^{er} janvier 2018. Dans un souci d'efficacité et afin de réduire les risques de manipulation sans valeur ajoutée, après leur numérisation, les documents papier ne sont désormais plus reclassés au dossier papier de l'utilisateur. Cela permet notamment de meilleurs indicateurs de performance pour le service.

CLSC de Hochelaga-Maisonneuve et CLSC Olivier-Guimond

- Au CLSC Olivier-Guimond, afin de soutenir l'équipe médicale en place et d'éviter le recours à un surcroît, un poste à temps partiel de soir à la réception a été remplacé par un poste complet de jour.
- Au CLSC de Hochelaga-Maisonneuve, les tâches de la téléphonie ont été optimisées.

Les principales activités des équipes en oncologie

Développement de la technique de traitement par curiethérapie interstitielle pour le cancer de la prostate

Soucieux d'offrir des soins répondant aux standards de pratique actuels, le département de radiothérapie a procédé au réaménagement et à la mise à niveau d'une salle de traitement, et ce, afin de répondre aux normes d'une salle de chirurgie mineure. L'atteinte de ces normes permet la mise en place de nouveaux traitements de curiethérapie pour le cancer de la prostate.

En plus des bénéfices cliniques, la curiethérapie offre plusieurs bénéfices, dont la réduction du nombre de visites à l'hôpital, un facteur important pour la qualité de vie des patients; et l'amélioration du continuum de soins pour cette clientèle.

Ce projet a demandé la collaboration d'équipes médicales et professionnelles de plusieurs directions et départements. Le premier patient a reçu son traitement le 1^{er} février 2018.

Confirmation des plus hauts standards de qualité pour le programme de greffe de cellules hématopoïétiques

2017-2018 a été une année intense pour le programme de greffe de cellules hématopoïétiques qui a passé l'inspection et a renouvelé haut la main son accréditation de la *Foundation for the accreditation of cellular therapy (FACT)* pour l'ensemble de ses activités et sa licence de Santé Canada spécifique à la greffe allogénique. Il a également passé avec succès l'audit de Héma-Québec pour ses activités en lien avec les donneurs non apparentés.

Le Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC), préparant les produits cellulaires pour la greffe, mais également pour d'autres activités cliniques, a de plus été soumis à plusieurs audits de qualité externes de la part de partenaires et a démontré une excellente conformité à l'ensemble des critères évalués selon les normes américaines et européennes. Cet axe d'excellence de notre établissement par son programme d'assurance qualité exceptionnel permet d'offrir aux patients d'hémo-oncologie-greffe les meilleurs soins disponibles en termes médicaux, de sécurité et de qualité.

En maintenant les hauts standards de qualité reconnus internationalement depuis le milieu des années 2000, ce programme est une fierté pour le CIUSSS-EMTL.

Participation et réalisation de nombreux projets visant à améliorer les services aux patients

Le programme de cancérologie a poursuivi la réalisation de projets d'amélioration des soins et services en collaboration avec des patients partenaires. Le programme est titulaire d'une bourse de la Société québécoise du cancer pour développer et implanter des outils d'évaluation des troubles cognitifs associés au cancer afin d'en faire la détection et le traitement.

Il participe également à titre de centre partenaire de l'Hôpital St-Mary's au développement et l'implantation d'une plateforme mobile permettant aux patients d'avoir accès à leurs données médicales, de la formation, de l'information et un moyen de communication avec leur équipe soignante et, finalement, il est partenaire de l'Université de Montréal dans le cadre du projet de recherche PAROLE-Onco qui vise à intégrer des patients-partenaires-accompagnateurs dans la trajectoire de soins.

Les principales activités des équipes en imagerie médicale

- Deux technologues autonomes spécialisés en échographie sont maintenant disponibles à temps complet à l'HSCO, permettant une augmentation de l'accessibilité au CRDS.
- Le corridor de services entre l'HSCO et l'HMR pour l'optimisation de l'accessibilité en imagerie médicale (IRM et échographie) a été développé.
- Un partenariat médical a été créé en oncologie pour la chimio-embolisation hépatique aux billes chargées à l'irinotécan et en chirurgie vasculaire avec l'installation de tuteurs médicamenteux pour maladie vasculaire.
- Grâce à une épuration administrative et clinique des listes d'attente en imagerie et à l'augmentation de la production à la suite des heures ajoutées en tomodensitométrie et IRM, réduction de la liste d'attente de plus de 12 000 demandes d'examen à 7 800 en P11.

Les principales activités des équipes de mécanismes d'accès

- **Mise sur pied du guichet P-4/P-5**: projet de réorientation des patients se présentant à l'urgence avec une priorité clinique 4 ou 5 (non-urgent), vers des cliniques de notre territoire avec une utilisation maximale de ces plages cliniques en les offrant aux patients du SAPA par les professionnels.
- **Accueil clinique**: développement de l'accueil clinique 2.0 (patients en provenance de l'urgence) et ouverture de l'accueil clinique 1.0 à la clientèle en CHSLD.
- **CRV**: projet d'amélioration des processus clés de la gestion des rendez-vous en cours.
- **Centre de répartition des demandes de services en imagerie (CRDS-i)**: poursuite de la mise en œuvre du projet pilote montréalais pour l'imagerie médicale.

Aspects positifs de la réalisation – valeur ajoutée pour l'utilisateur

- **Mise sur pied guichet P-4/P-5**: meilleure offre de service aux patients; une solution de rechange à l'urgence.
- **Accueil clinique**: prise en charge plus rapide du patient en passant par l'ambulatorio.
- **CRV**: réponse aux besoins du patient en matière d'accès à un rendez-vous en clinique externe.
- **CRDS-i**: augmentation de l'accès aux patients pour un examen en radiologie, plus spécifiquement pour l'échographie.

Les principales activités des équipes de médecine de première ligne

- Toutes les cliniques-réseau (CR) ont migré vers le modèle GMF-R et un nouveau GMF-R à partir d'un GMF non CR a été créé.
- Cinq nouveaux GMF (groupe de médecine familiale) ont été créés sur notre territoire.
- Des ressources professionnelles ont été déployées dans tous les GMF.
- Augmentation de niveau GMF basé sur les définitions du MSSS en lien avec les inscriptions croissantes dans la majorité des GMF.
- Le taux d'assiduité de la clientèle dans la quasi-majorité des GMF a augmenté.
- La table de première ligne regroupant des gestionnaires du CIUSSS-EMTL, gestionnaires et médecins responsables des GMF, des cliniques-réseau, des GMF-R, CLSC, des cliniques sans statut particulier, des coordonnateurs médicaux de première ligne et le chef de table locale du Département régional de médecine régionale (DRMG) a été créée et développée.
- Les diverses cliniques du territoire ont reçu une assistance dans l'application du règlement sur les frais accessoires.
- Une entente avec neuf cliniques du territoire a été conclue pour la réorientation de la clientèle de type P4-P5, le projet maillage, les soins courants en CLSC, ainsi que les soins à domicile.

- Des ressources appropriées ont été déployées en CLSC en vertu de la circulaire concernant le soutien administratif et infirmier en CLSC.
- Un soutien a été offert dans la réalisation des activités des tables locales du DRMG).
- Le bon fonctionnement des guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) a été assuré.

Les principales activités des équipes en ophtalmologie

Télédépistage de la rétinopathie diabétique (Première initiative canadienne)

Dans le but d'accroître l'accès à un médecin spécialiste et d'optimiser l'utilisation de ressources spécialisées, le programme d'ophtalmologie déploie un service de télé-dépistage permettant aux patients souffrant de diabète de type II, de bénéficier d'un examen du fond de l'œil et d'un suivi régulier. Cette surveillance est assurée par du personnel infirmier spécialement formé qui oriente les patients, selon le besoin, vers une évaluation en télé-médecine. Le médecin spécialiste vérifie et organise la prise en charge médicale au meilleur moment, selon l'état de la maladie.

Ce service permet d'élargir la couverture préventive à la population diabétique desservie par le Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) du CIUSSS-EMTL et d'accroître l'accessibilité aux ophtalmologistes rétino-logues qui peuvent ainsi examiner le bon patient, au bon endroit et au bon moment. Il favorise le partenariat et la collaboration entre les services médicaux ultra spécialisés et les services de première ligne, en établissant des liens étroits entre les différents professionnels.

Basé sur ce modèle, le CUO est en déploiement d'un projet similaire de télé-dépistage de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Clinique d'ophtalmologie générale et d'enseignement aux étudiants en optométrie et résidents en médecine familiale (première initiative canadienne)

La Clinique d'ophtalmologie générale (COG) fête sa première année de fonctionnement. Cette unité d'enseignement de soins oculaires de première ligne dédiée aux étudiants en optométrie et aux résidents de médecine familiale de l'Université de Montréal est installée au Pavillon Rosemont de l'HMR. Depuis l'ouverture en janvier 2017 jusqu'à ce jour, 5 300 patients ont pu bénéficier de soins au sein de cette clinique.

Cette première initiative au Canada permet une collaboration interprofessionnelle et un codéveloppement, par la transmission de connaissances de la part des médecins spécialistes, aux intervenants de première ligne. De plus, la COG permet aux étudiants en optométrie de réaliser leurs stages au Canada.

L'expérience a su démontrer l'excellence de l'encadrement académique, l'émulation réciproque entre les stagiaires en optométrie et les résidents de médecine familiale, la quantité et la variété des cas, ainsi que l'accueil et le soutien de l'équipe clinique et administratif de la Clinique d'ophtalmologie générale.

Ce partenariat entre le CUO, la Faculté de médecine et l'École d'optométrie de l'UdeM, joue un rôle primordial dans la qualité et l'accès aux soins oculaires de première ligne au Québec.

Implantation de système de prothèse rétinienne

Le CUO du CIUSSS-EMTL, en collaboration avec l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB), a eu le privilège d'annoncer à l'été 2017 l'implantation d'un système de prothèse rétinienne Argus II. Il s'agit du premier établissement au Québec et l'un des deux seuls au Canada à pouvoir réaliser cette opération délicate. Cette initiative confirme à nouveau l'excellence du programme d'ophtalmologie de l'HMR et son rayonnement sur les scènes nationale et internationale.

Trois patients ont profité de cette avancée technologique pour accroître leur autonomie et leur qualité de vie. Le partenariat développé entre les deux organisations (INLB et CUO) vise l'objectif commun de favoriser l'intégration et l'autonomie de la clientèle.

Le CUO souhaite à terme obtenir une reconnaissance à titre de Centre d'expertise québécois en implants rétinien. Ce programme de soins et de recherche clinique permettra aux patients porteurs de dystrophie rétinienne de bénéficier d'une expertise de pointe et de retrouver la vue.

Les principales activités des équipes de la pharmacie

Système Pharmacie Onco Santa Cabrini

À l'HMR, le volet oncologie du système de pharmacie a pris plus de 18 mois d'efforts pour le développement et le déploiement. Pour faire bénéficier l'onco de Santa Cabrini de ce système, l'onco de Santa Cabrini a été intégré dans la base de données onco de l'HMR.

Ceci a eu pour effet :

- Aucun effort de développement nécessaire pour l'onco de Santa Cabrini.
- L'intégration de tous nos OIP dans les bases de données.
- Une seule base de données « oncologique » afin d'éviter une duplication.
- La possibilité de soutenir les équipes de l'HSCO à partir de l'HMR et vice versa.

Service hebdomadaire pour les CHSLD

Le processus de distribution (livraison) a été modifié pour que tous les CHSLD soient servis pour sept jours.

Ceci a permis de diminuer le nombre de livraisons et a libéré du temps technique pour compléter la délégation aux assistants techniques et libérer du temps pharmacien pour la validation des ordonnances, et ce, sans ajout de personnel.

Les principales activités des équipes de pratiques professionnelles

- Mise en place d'une vision et d'une offre de service intégrées des pratiques professionnelles DSI-DSM-DSP.
- Nombre important d'ordonnances et protocoles rendus disponibles : 139
 - En élaboration : 30
 - En signature : 15
 - Diffusées : 101
 - Recherche : 20
 - (ancien intranet : 13)
- Travail conjoint avec les communications pour le développement d'un outil de recherche des ordonnances et protocoles sur l'intranet.

Les principales activités des équipes de prévention et contrôle des infections

Création d'une cohorte pour les cas positifs de diarrhées associées au *Clostridium difficile* à l'unité du 3C de l'HSCO

Permet de regrouper les cas positifs, de limiter la transmission, de développer une expertise pour le personnel affecté à l'unité cohortée.

Installation de lavabos pour faciliter l'hygiène des mains sur les unités de soins à l'HSCO

Permet d'assurer l'hygiène des mains près des lieux de soins, comme à proximité d'une chambre dont l'utilisateur a ou pourrait avoir le *C. difficile*.

Création des affiches de précautions additionnelles

Une harmonisation des affiches a été réalisée. Si les patients se déplacent entre les installations, les affiches sont les mêmes. Elles ont été développées sans texte et avec des pictogrammes. Ceux-ci rendent le visuel suffisant et facilitent la compréhension des visiteurs de différentes cultures.

Autres réalisations

- Atteinte de l'objectif du ratio recommandé par le ministère concernant le nombre de conseillères en prévention et contrôle des infections (PCI) pour l'HMR permettant d'effectuer les rôles et responsabilités attendus.
- Diffusion d'un message encourageant l'hygiène des mains s'adressant à tous (travailleurs, bénévoles,

visiteurs, usagers, résidents, etc.) sur les écrans numériques répondant à une pratique organisationnelle requise (POR) de l'agrément.

- Réussite à 94 % des critères à la suite de la visite de l'équipe d'Agrément dans les secteurs puisque celui-ci était un secteur visité.
- Réduction significative des taux d'infection pour le *C. difficile* à l'HSCO ainsi qu'à l'HMR

Direction des soins infirmiers (DSI)

Les principales activités de l'équipe du volet opérations

Urgence, unités de médecine et chirurgie et service régional de soins à domicile

Visite d'Agrément Canada

La démarche préparatoire de la visite d'Agrément Canada a été une opportunité pour les équipes de la direction des soins infirmiers – volet opérations qui ont travaillé quatre normes :

- soins et services à domicile pour le SRSAD;
- médecine;
- urgences;
- services périopératoires.

On a pu consolider une démarche d'amélioration continue qui a mobilisé les équipes autour de cibles touchant la qualité des soins, la sécurité des usagers, l'intégration de patients partenaires et la collaboration interdisciplinaire.

Notamment, un sondage sur la satisfaction de la clientèle effectué en juillet 2018 a démontré un taux de satisfaction de 98 % pour la clientèle du SRSAD. Une démarche complémentaire avec un sondage exhaustif «Expérience-patient» a été réalisé en octobre 2018.

Le résultat : une mobilisation des équipes médicales, des soins infirmiers et de tous les professionnels. La démarche a permis la consolidation de l'équipe, une amélioration de la cohérence, une meilleure connaissance de l'autre et une amélioration des processus de communication. Chaque norme étant accompagnée de pratiques organisationnelles requises, il a été possible de collaborer de façon transversale à l'amélioration globale de différents processus organisationnels. Des plans d'amélioration de la qualité qui continuent de vivre dans les quatre normes et permettent de continuer de se mesurer.

Une salle de pilotage pour les directions adjointes DSI a été mise en place, 55 % sont implantées et les gestionnaires utilisent cet outil de gestion qui permet aux équipes de participer à la recherche de solutions et à l'identification de certains enjeux qui les touchent dans leur quotidien.

Vision intégrée de la gestion de la situation des urgences et séjours hospitaliers

Implantation d'une vision intégrée de la gestion de la situation des urgences et séjours hospitaliers avec la collaboration des toutes les directions cliniques et de soutien pilotée par M. Yvan Gendron, président-directeur général.

Juin 2017 mise en place d'une cellule de crise pour résoudre une situation récurrente d'engorgement des urgences et des lits d'hospitalisation. Une approche intégrée qui implique toutes les directions cliniques et soutien englobe 32 initiatives, toutes ayant un impact sur l'achalandage des urgences et des séjours hospitaliers.

Quatre initiatives ont eu un impact majeur :

1. La redirection de la clientèle P4-P5 dans les cliniques-réseau

Une entente a été élargie à dix cliniques pour les deux urgences et le mode d'attribution des rendez-vous a été optimisé avec la création de l'accès au site informatique « Bonjour Santé ». Ainsi, une page web permet désormais l'attribution de ceux-ci en temps réel.

2. La planification précoce et conjointe des congés (PPCC) a vu le jour avec la collaboration de la direction SAPA et de la direction des services multidisciplinaires et a permis à une clientèle vulnérable d'obtenir un congé précoce et de recevoir le jour même ou dans les 24 heures des services du CLSC

3. Réaménagement des unités de soins avec l'ajout de lits de débordement, accompagné d'un plan de contingence permettant une gestion quotidienne des lits et des effectifs en collaboration avec la DSP et des effectifs des équipes de soins avec la DRHCAJ.

4. Coordination dynamique hebdomadaire des séjours hospitaliers qui a été mise en place depuis septembre 2017. Les objectifs sont : d'améliorer la coordination des congés des clientèles vulnérables et complexes, de diminuer le nombre des longs séjours, de réduire les durées moyennes de séjours sur les unités de médecine et chirurgie et d'améliorer la gestion des épisodes de soins assurée par l'ensemble des chefs d'unités. Plusieurs actions ont été amorcées tant dans la fluidité de la gestion des lits disponibles, l'attribution des congés sur les unités que dans la gestion des congés directement à partir des urgences. De nombreux défis sont encore présents, mais un travail de mobilisation de tous les partenaires ayant un impact de près ou de loin dans l'atteinte de la cible exigée est en cours et portera ses fruits de façon plus visible dans la prochaine année.

Résultats : avec une augmentation de 2 000 visites à l'urgence, une diminution d'une heure de la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière dans les urgences et une diminution de la DMS d'une journée en moyenne dans les unités de soins avec 600 hospitalisations supplémentaires. Le taux d'occupation de l'urgence variant entre 80 et 100 % pendant les périodes 4 à 9 et entre 110 et 140 % entre les périodes de 10 à 3.

Service régional des soins à domicile (SRSAD)

Deux réalisations importantes ont eu lieu au courant de l'année 2017-2018 au SRSAD dans l'objectif d'améliorer en continu la qualité des soins et des services ainsi que l'efficacité des services pour le bénéfice de la clientèle.

1. Le déménagement du SRSAD au pavillon Rosemont a permis d'optimiser le secteur du transport des équipements et de la laverie. Ce secteur est transféré à la direction de la logistique afin d'optimiser l'organisation du travail, la route du chauffeur et l'utilisation des deux camions du SRSAD. Le fonctionnement du secteur de la laverie a aussi été analysé et optimisé au niveau de l'organisation du travail.

2. Le suivi à distance de la clientèle utilisant un support respiratoire de type CPAP (*Continuous positive airway pressure*). Une nouvelle technologie permet d'effectuer certains suivis techniques à distance. La fréquence des visites à domicile pour ce type d'intervention est diminuée de 60 %, puisqu'il est possible de privilégier des interventions téléphoniques. Présentement, 556 patients bénéficient d'un suivi à distance.

Épisode de soins en médecine et chirurgie

Principales activités et réalisations

• Volet médecine

Les travaux pour la trajectoire AVC (accident vasculaire cérébral) se sont poursuivis pour la phase aiguë et hyper aiguë entre l'urgence et l'unité du 9AB à l'HMR. Une capacité d'accueil de 18 patients permet d'offrir les soins et services d'un centre secondaire AVC. Nous sommes fiers d'avoir obtenu, lors de la deuxième visite du MSSS du 2 février 2018, la désignation de centre secondaire AVC dans le cadre de continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC. Les visiteurs ont été à même de constater l'engagement, la volonté et la persévérance de l'équipe AVC à offrir de soins et des services de qualité pour cette clientèle.

- **Volet chirurgie**

Programme PURR (pour une récupération rapide)
À l'HSCO, l'implantation du jeûne limité en période préopératoire a marqué la première étape pour le début d'implantation du programme PURR en postopératoire. En complément un guide de préparation à la chirurgie « Guérir vite et mieux » ainsi qu'un aide-mémoire « Bien se préparer, pour bien guérir » ont été élaborés en collaboration avec les patients-partenaires. Une formation pour les infirmières novices sur l'approche d'une récupération rapide après une chirurgie, sur la gestion de la douleur aiguë en période postopératoire et sur le plan standardisé de soins et traitements infirmiers pour la chirurgie a été développée.

Enjeux

- Le recrutement et la rétention du personnel.
- La gestion des plans de contingence en fonction des volumes d'activités.
- Le développement des compétences dans un objectif de mise en place des meilleures pratiques dans une offre de services ajustée aux pratiques avancées.
- Le temps supplémentaire obligatoire.

Les principales activités du volet des pratiques professionnelles et de l'excellence en soins infirmiers

- Introduction d'une nouvelle équipe de conseillères en soins infirmiers – volet préceptorat pour une couverture de l'ensemble du CIUSSS-EMTL pour le suivi des nouveaux employés (0-2 ans), jour-soir-nuit:
 - **Résultat attendu:** la rétention du nouveau personnel en soins infirmiers et le développement et le maintien des compétences.
- La mise en place d'une salle de pilotage tactique DSI – volet pratiques professionnelles en 2017-2018:
 - **Résultat:** gestion plus efficiente des demandes et suivis en provenance des directions cliniques ou soulevés par notre direction. Ceci a également permis d'optimiser plusieurs processus internes, la révision du portefeuille de projets, la validation des priorités en regard des objectifs ministériels et organisationnels, l'identification des indicateurs clés et une harmonisation de la terminologie et des méthodes de travail.
- Harmonisation du processus d'embauche et de recrutement (DSI – DRHCAJ);
- Journée de fidélisation des nouveaux employés (initiative DSI – DRHCAJ);
- Dépôt du plan d'effectifs en soins infirmiers du CIUSSS-EMTL au MSSS à l'automne 2017;
- Dépôt du plan d'effectifs des infirmières praticiennes spécialisées pour le CIUSSS-EMTL au MSSS en septembre 2017.

Rayonnement

- Journée partenariat du 2 février 2018 ayant pour thème: Au rythme de l'acuité, se mesurer pour s'améliorer

La richesse des interventions des conférenciers et des panélistes, et les échanges des participants ont contribué à faire de cette journée une réussite. Environ 140 personnes, de milieux de pratiques variés y étaient présentes. Un panel d'invités de marque a participé avec enthousiasme aux échanges: Sylvie Dubois, directrice nationale des Soins infirmiers et autres professionnels au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Lucie Tremblay, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Arnaud Duhoux, professeur à la FSI et Steeve Gauthier, coordonnateur à la direction des soins infirmiers du CIUSSS-EMTL. M^{me} Francine Ducharme, doyenne de la FSI, a d'ailleurs souligné la qualité et l'importance des échanges qui ont eu lieu durant cette journée

- Présentation sur l'évaluation de la qualité des soins dans un contexte de transformation dans le cadre des grandes conférences internationales du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF)
M. Claudel Guillemette, directeur adjoint des soins infirmiers – volet des pratiques professionnelles et excellence des soins ainsi que M^{me} Hélène Menard, ex-chef de service – évaluation des soins infirmiers et du matériel de soins ont présenté les travaux de notre direction le 14 mars 2018
- Membre promoteur du SIDIEF
Pour une troisième année, le CIUSSS-EMTL est membre promoteur du SIDIEF, organisation mondial qui a pour mission de faciliter la mise en réseau de la communauté infirmière dans tout le monde francophone, de mettre en valeur le leadership infirmier et de promouvoir la contribution de la profession infirmière à la santé des populations.
- Prix Florence
Mme Sylvie Leclerc, inf., M. Sc. Inf. a été honorée le 2 mai dans la catégorie pratique collaborative, pour l'excellence de son travail à la trajectoire de la greffe rénale.
- Développement des compétences et cheminement de carrière
 - L'accompagnement des 348 nouvelles infirmières prescriptrices au sein du CIUSSS-EMTL s'est poursuivi en 2017-2018, notamment pour le domaine des soins de plaies et pour l'activité de cessation tabagique et particulièrement pour les directions SAPA et Santé mentale. De plus, un accompagnement préparatoire a été offert aux futures prescriptrices qui pourront se prévaloir de la « clause de reconnaissance de droits acquis » touchant certaines infirmières techniciennes. Cette clause entrera en vigueur avec la future modification du « Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière » prévue en 2018-2019. Cette année marque également l'abolition des ordonnances collectives visant les activités permises dans le cadre de la prescription infirmière;

- La DSI – volet pratiques professionnelles a également soutenu les directions cliniques, et plus particulièrement les secteurs visés par la visite d’Agrément Canada en décembre 2017, pour l’atteinte de la conformité des pratiques organisationnelles requises (POR), critères transversaux ou critères à priorité élevée pour lesquels elle est porteur. L’établissement a d’ailleurs obtenu une excellente évaluation lors de cette visite. Les POR et critères portés par la DSI - volet pratiques professionnelles sont :
 - POR Prévention des chutes;
 - POR Prévention des plaies de pression;
 - POR Soins de peau et plaies;
 - POR Sécurité liée aux pompes à perfusion;
 - POR Transfert information aux points de transition (en collaboration avec la DSM et la DSP);
 - Critère transversal : Lignes directrices;
 - Critère transversal : Mesures de contrôle;
 - Critère à priorité élevée : Vaccination.
- Dépôt d’une offre de services intégrée des pratiques professionnelles (DSI-DSM-DSP) visant :
 - à soutenir les directions cliniques dans le déploiement des trajectoires de soins et de services axés sur les besoins de la population, la planification stratégique du MSSS et les engagements du PDG;
 - à mobiliser les ressources nécessaires pour implanter les meilleures pratiques cliniques au sein des continuums de soins et services;
 - à assurer le leadership clinique dans l’innovation, l’efficacité et la qualité des services.

Enjeux et priorités

- Une offre de services en lien avec les priorités organisationnelles.
- Promouvoir le rayonnement du Centre d’excellence en soins infirmiers du CIUSSS-EMTL.
- Intégration des modifications suite à la révision des règlements encadrant la pratique des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) notamment l’introduction de nouvelles classes pour les IPS.
- Poursuite du déploiement de la formation ministérielle sur l’évaluation de la condition physique et mentale.
- Poursuite de la contribution au plan d’optimisation de la chaîne d’approvisionnement (évaluation du matériel)

Les directions administratives

Direction de la logistique (DL)

Les principales réalisations de l’équipe de la logistique

À la suite de la faillite de la compagnie de transport Medicar, le Service logistique-transport a mis en place, dans un délai de quelques jours, une offre de service pour répondre aux besoins de la clientèle. La transition s’est faite de façon transparente pour la clientèle et la qualité du service a été améliorée.

Les conditions climatiques extrêmes, à l’automne 2017, ont causé des bris importants dans la chaîne d’approvisionnement des manufacturiers établis principalement les Caraïbes, comme la compagnie Baxter. Plusieurs produits commandés ont été en rupture de stock pendant plusieurs mois. Le Service des achats et le Service de la gestion contractuelle ont travaillé en étroite collaboration avec les directions cliniques afin d’identifier des produits de substitution et préserver l’offre de service.

Le déploiement de l’application uniformisée GRM, au début de 2017, a permis de poursuivre l’optimisation des processus d’achats. Le déploiement de la requête Web s’est révélée comme étant un moyen beaucoup plus efficace de faire des requêtes d’achats.

L’harmonisation et la standardisation de plusieurs fournitures médicales provenant du catalogue de produits centralisés ont été réalisées de concert avec les directions cliniques.

Priorités pour la Direction de la logistique

- La poursuite des efforts de standardisation des produits et l’amélioration de la chaîne d’approvisionnement pour permettre des économies de fonctionnement.
- Le déploiement d’un projet de gestion centralisée des petits équipements médicaux ainsi que d’un service de brancarderie à l’HSCO pour maintenir le soutien offert aux directions cliniques.

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

- La conception du Cadre de référence en éthique et la révision du code d’éthique du CIUSSS-EMTL en y ajoutant les valeurs organisationnelles;
- La réalisation de la Politique du suivi des recommandations issues d’une instance qualité;
- En gestion des risques, l’amélioration des données qui permet maintenant de ventiler les déclarations par direction et par installation;

- Les activités organisées dans le cadre de la Semaine de la sécurité des patients qui ont remporté un vif succès.

Les principales réalisations de l'équipe de la planification, performance et intelligence d'affaires

- La conception du cadre de référence de la performance et de la qualité;
- L'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. Quant au déploiement des salles de pilotage tactique, elles sont déployées à 58 %, ce qui permettra d'atteindre l'objectif de 80 % au 31 mars 2020. De plus, 31 % des stations visuelles opérationnelles sont déployées au sein de l'établissement;
- L'accompagnement du Service performance et coordination des projets organisationnels avec l'animation de 36 nouveaux projets de type « gestion de projet ou résolution de problèmes ». Pour sa part, le Service infocentre et intelligence d'affaires, a répondu à plus de 238 demandes de soutien et réalisé 32 projets de développement d'outils d'aide à la décision, contribuant ainsi à la mise en place d'une saine coordination des actions d'amélioration et de transformation de l'organisation. Un nouveau type d'accompagnement a été réalisé cette année auprès de quatre secteurs, pour des démarches de type « 5S » (sélectionner, situer, scintiller, standardiser et suivre).
- Enfin, trois trajectoires ont été révisées, soit celle du cheminement des patients intra-hospitalier, celle traversant le continuum Jeunesse à partir du guichet d'accès, ainsi que celle de la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC).

Les principales réalisations de l'équipe de l'évaluation

- La réalisation de 14 enquêtes par le bureau de l'évaluation de l'expérience patient. De ce nombre, 10 ont été finalisées et quatre qui sont en cours de développement. Plus de 7 600 usagers, proches, familles, employés, gestionnaires, médecins et partenaires ont commenté leur expérience au sein de l'établissement. Ces informations ont permis aux équipes de mettre en place des initiatives pour améliorer le bien-être des usagers, des familles et des proches.
- Présentation de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé mentale à deux conférences, dont l'une à la *Health Technology Assessment International (HTAi) 2017 Annual Meeting* à Rome, en Italie.
- Plus de 1 630 audits réalisés pour soutenir les équipes dans l'amélioration de leur processus.

Enjeux et priorités

- Effectuer une refonte de l'offre de service du bureau patient-partenaire en collaboration avec les parties prenantes;

- Soutenir l'amélioration continue des trajectoires de soins et services;
- Maximiser le potentiel de l'intelligence d'affaires de l'établissement;
- Renforcer le déploiement, les processus, les outils d'analyse et de communication pour :
 - la gestion des risques;
 - l'éthique;
 - la gestion documentaire.
- S'approprier la nouvelle démarche d'agrément.

Principales modifications apportées

La révision de la structure de la direction, pour mieux circonscrire les expertises (qualité, sécurité, éthique et évaluation), l'intégration de l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention ainsi que l'observatoire populationnel aux services de la direction.

Direction des projets immobiliers majeurs (DPIM)

Création d'une direction des projets immobiliers majeurs

Créée en août 2017, la Direction des projets immobiliers majeurs a comme rôle principal de coordonner la réalisation des grands projets immobiliers du CIUSSS-EMTL, et ce, dans le respect des directives de gestion des projets majeurs d'infrastructures publiques.

Elle soutient les intervenants dans l'élaboration des étapes des différents projets et s'assure de la qualité des dossiers d'opportunité d'affaires dans l'optique de livrer des infrastructures qui répondent aux besoins exprimés, et ce, en respectant les coûts, la portée et l'échéancier du projet.

Modernisation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour 1,8 milliard de dollars

Le 2 mars 2018, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé un important financement de 1,8 milliard pour la modernisation des installations de soins de santé, d'enseignement et de recherche de l'HMR.

Ce projet prévoit une reconstruction de la majorité des bâtiments de l'hôpital en deux pôles distincts. Le premier pôle regroupera les services de soins de santé au sein d'un même ensemble, le second rassemblera toutes les activités de recherche.

Les nouveaux édifices accueilleront davantage de lits, répartis dans des chambres individuelles et sera beaucoup plus complet et fonctionnel. En plus des installations cliniques, le concept global inclura un centre intégré de cancérologie, un centre du savoir, un centre d'ophtalmologie et un centre de recherche. Le coût global du projet, évalué à 1,8 milliard de dollars, sera précisé lors de l'élaboration du dossier d'opportunité.

Celui-ci permettra notamment de préciser les paramètres ainsi que de finaliser le budget. Un montant de 25 M\$ est prévu pour la réalisation de cette étape et de l'ensemble des études requises. Les phases de construction restent à finaliser, mais la construction du centre intégré de cancérologie sera priorisée.

Ce projet d'envergure offrira un environnement adapté aux équipes de l'HMR, dans une perspective multisectorielle et interdisciplinaire, afin de repousser les limites et d'offrir des soins toujours plus performants au bénéfice de la population de l'est de Montréal.

Projet de 9,1 M\$ pour l'unité d'endoscopie et de chirurgie d'un jour de l'HSCO

Le 16 février 2016, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé un projet d'agrandissement et de réaménagement de l'unité d'endoscopie et de chirurgie d'un jour de l'HSCO. Le projet prévoit des travaux d'agrandissement et de réaménagement d'une superficie d'environ 980 mètres carrés sur le site actuel de l'unité. Les nouveaux espaces permettront d'ajouter une salle de chirurgie mineure, une salle d'endoscopie, une unité de retraitement des endoscopes ainsi que six civières et quatre fauteuils dans l'aire de préparation et de récupération. L'ensemble du projet représente un investissement global de plus de 9,1 M\$.

Nouveau centre de dialyse présentement en construction

En mars 2017, le MSSS annonçait un investissement de 53,5M\$ pour la construction d'un nouveau pavillon entièrement consacré aux services de dialyse à l'HMR. Depuis plus d'un an, le chantier de construction poursuit l'édification du centre. Rappelons que l'HMR occupe actuellement le premier rang au Québec pour le nombre de traitements offerts annuellement par un service d'hémodialyse centralisé et qu'il fait figure de leader mondial en cette matière. Avec plus de 58 000 traitements par année, environ 370 patients réguliers y sont soignés.

En regroupant l'ensemble des activités du service de dialyse de l'HMR dans un seul et même bâtiment, cette construction offrira le plus important service de dialyse au Québec avec 7 000 m² et 74 stations de traitement.

Le nouveau pavillon, dont la fin des travaux est prévue au printemps 2019, est fort attendu, autant par les usagers et leurs proches que par les équipes de soins.

Maintien des actifs

Au cours de l'année 2017-2018, le CIUSSS-EMTL a reçu 33 896 873\$ du MSSS pour le maintien des actifs immobiliers à la suite des inspections techniques des bâtiments de l'établissement.

Direction des ressources financières (DRF)

Objectifs annuels

Pour sa troisième année d'opération, la Direction a statué sur les objectifs à prioriser. La mise en œuvre des priorités s'est faite auprès de l'ensemble de la Direction des ressources financières. L'exercice a permis de façon concertée d'identifier les grandes catégories et pistes d'actions en déterminant les « Essentiels pour l'année 2017-2018 ».

Projet GRH-Paie

La fusion des systèmes de paie s'est effectuée en quatre grandes phases. De plus, l'intégration des sept bases de données RH-Paie est finalisée. Cette étape représente un préalable au projet de système unifié national.

Un travail de collaboration entre la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques, la Direction des ressources financières et la Direction des ressources technologiques a permis le déploiement, en début février 2018, des guichets Web pour permettre à tous les employés de valider et de modifier leur feuille de temps à partir de n'importe quel point d'accès à Internet ainsi qu'à obtenir leur talon de paie et leur horaire. Cette transformation a ainsi amélioré et facilité les processus de gestion.

Exercice sur les valeurs du CIUSSS sous forme d'ateliers

L'exercice effectué auprès des employés de la DRF a permis d'identifier des pistes d'action, de favoriser une implication positive de tous les acteurs, de favoriser des échanges pour améliorer le bien-être de tous et offrir des services de qualité.

Suivi des projets

Le Service de la performance financière a mis en place un processus permettant aux différentes directions d'obtenir leurs indicateurs d'efficacité relatifs aux projets évoluant dans leurs salles tactiques, permettant un meilleur suivi des projets.

Plan de retour à l'équilibre budgétaire

La situation financière de l'établissement a contraint la Direction à mettre en place un plan d'équilibre budgétaire de 16,2M\$. La coordination du processus d'identification des mesures et des mécanismes de suivi des projets a été prise en charge par la Direction des finances.

Charte comptable du Québec

Le CIUSSS-EMTL figure parmi les établissements prioritaires afin de déployer la solution provinciale pour le coût par parcours de soins et de services (CPSS).

Les travaux ont débuté pour mettre en place la charte comptable du Québec dès janvier dernier et la table d'équivalence au cours du mois de mars. Ces travaux

ont permis d'entamer le projet d'implantation de l'application du coût par parcours de soins et service (CPSS).

Service des comptes à payer

La mise en place de l'échange de données informatisées (EDI) a débuté et les fournisseurs se qualifiant à ce mode de fonctionnement ont suivi la migration. Cette étape s'inscrit dans le projet d'amélioration des délais de paiement entamé au cours de l'été 2017.

Centre d'excellence en thérapie cellulaire

Le CIUSSS-EMTL possède des infrastructures ultras spécialisées, dont le centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC). Afin de maximiser l'utilisation de cette plate-forme, un cadre financier a été élaboré. Ce cadre appuie les activités commerciales effectuées au CETC.

Enjeux

La performance financière du CIUSSS-EMTL est un enjeu organisationnel qui interpelle la Direction des ressources financières. Elle a pour objectif d'assurer un suivi rigoureux de la réalisation de toutes les mesures de redressements budgétaires

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

Les principales réalisations des équipes de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Animée par la volonté d'offrir un milieu de santé où le talent et la compétence de son personnel et de ses médecins sont mis au profit de la population de l'est de Montréal, la DRHCAJ a concentré son action au soutien des activités cliniques. Un véritable travail de partenariat s'est enclenché avec les acteurs clés de l'organisation permettant de construire les fondements mêmes du CIUSSS-EMTL : mission, vision, valeurs, engagements, modèle de performance, modèle de gestion, objectifs stratégiques sont imbriqués dans une suite logique qui nourrit le sens des actions posées. Le document est disponible à l'adresse suivante : <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/a-propos/portrait/nos-fondements-organisationnels/>

Modèle de gestion

Le modèle de gestion, partie intégrante des fondements du CIUSSS-EMTL, a pris son envol par l'entremise d'ateliers et d'outils offerts par les partenaires d'affaires auprès des cadres supérieurs. Ce déploiement s'est traduit par l'intégration du modèle de gestion dans les processus RH visant les cadres, tels que l'appréciation de la contribution, le processus probatoire et les grilles d'entrevues. Un processus de mesure et d'évaluation des compétences (psychométrie) des cadres, basé sur le modèle de gestion, a aussi été élaboré en soutien à la sélection et au développement des gestionnaires.

Négociations locales

Dans le cadre de l'entrée en vigueur de la Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la Santé et des Services sociaux, les 28 instances syndicales ont débuté une période de maraudage afin de former quatre unités d'accréditations. Par la suite, des travaux de négociations locales ont été entamés pour convenir de quatre conventions collectives locales portant sur 26 matières. Près d'une trentaine de collaborateurs internes participent activement aux divers comités mis en place (stratégique, opérationnel et de négociations locales) le 21 avril 2017 et qui prendront fin le 21 octobre 2018.

L'utilisation des ressources internes pour mener à bien ces négociations a été privilégiée afin de préserver un lien de communication plus personnalisé. Le respect mutuel des parties, la proximité des équipes internes, et la volonté d'agir en partenariat pour la population ont permis d'avancer à grands pas dans cette importante étape.

Bilan média

Une fois encore, le travail et les succès des différentes équipes de soins, d'enseignement et de recherche ont attiré l'attention des médias tant locaux que nationaux, et ce, à de nombreuses reprises. Les représentants des relations avec les médias ont assuré, une année encore, un rayonnement substantiel des bons coups des équipes. Au bas mot, les réalisations du CIUSSS-EMTL et de ses acteurs ont généré près de 700 apparitions médias, dont la très grande majorité était à connotation positive. Une portion substantielle de ces apparitions découle d'une proposition de la part du CIUSSS-EMTL aux différents médias, que ce soit une découverte, une annonce publique, etc.

Au fil des reportages, l'expertise des professionnels et chercheurs du CIUSSS-EMTL s'est imposée comme incontournable, générant de plus en plus de demandes de commentaires et d'entrevues. Ces articles, entrevues et reportages ont rayonné dans les plus grands médias et publications d'expression française (*Radio-Canada, TVA, La Presse, Le Devoir, le Journal de Montréal*), mais aussi anglaise (*CTV, Global, The Gazette*).

Parmi les sujets qui ont fait l'objet de reportages et d'articles dans les médias de premier ordre, on peut citer les avancées en recherche des scientifiques du CIUSSS-EMTL, particulièrement les activités du Centre d'excellence en thérapie cellulaire en oncologie, mais aussi en ophtalmologie. Des avancées combinant recherche et clinique (Alzheimer, cancer du poumon) ont généré des articles dans *La Presse* et *Le Devoir* et ont attiré l'attention de *TVA*. Également, notons le rayonnement de l'expertise des équipes de recherche qui travaillent sur la schizophrénie, le stress et l'intimidation, entre autres. L'engagement des équipes sur le terrain a également été mis en vedette grâce au travail des relations médias.

Rendez-vous du PDG

Une vaste tournée sous la forme de rendez-vous privilégiés entre monsieur Yvan Gendron et les différentes équipes de l'organisation s'est amorcée en décembre 2017. En plus de permettre au PDG de partager la vision, les orientations et les engagements du CIUSSS-EMTL, ces Rendez-vous offrent l'occasion à tous de discuter des enjeux propres à leur équipe, de partager leur réalité et d'échanger sur les priorités et grands dossiers. Ils servent également à suggérer des pistes d'action et d'amélioration pour le bénéfice des usagers et du personnel, de même qu'à éclairer les prises de décisions. Au 31 mars 2018, le PDG avait rencontré une trentaine d'équipes et tous les comités consultatifs.

Besoin de consulter un médecin ?

Afin de faire connaître les alternatives à l'Urgence et de provoquer un changement de comportement quant à l'utilisation des services de première ligne, la brochure intitulée « Besoin de consulter un médecin ? » a été produite, conjointement avec la Table des médecins de première ligne. Elle a été publicisée à l'automne 2017 à l'ensemble de nos partenaires institutionnels et communautaires, aux pharmaciens communautaires et aux gestionnaires de cliniques médicales du territoire. Une campagne promotionnelle sur les médias sociaux et dans les journaux locaux a permis de faire découvrir ce nouvel outil à l'ensemble de la population du territoire et qui connaît un franc succès. Tous les citoyens de l'est de Montréal ont en mains un outil qui leur permet de bien se diriger dans le réseau des services disponibles. Une carte interactive est également disponible au www.cliniquesestmtl.com. À ce jour, il y a eu plus de 5 600 visites !

Des services organisés pour mieux répondre aux besoins des directions du CIUSSS

Recrutement

Dans le but de s'assurer que l'organisation dispose d'une main-d'œuvre qualifiée et compétente en quantité suffisante, la DRHCAJ a traité près de 110 000 mises en candidatures (internes et externes) et réalisé plus de 8 500 entrevues auprès des candidats externes. Au terme de ces démarches, il y a eu plus de 2 800 nominations internes et à près de 2 200 embauches externes. Pour plusieurs titres d'emplois et dans plusieurs secteurs, l'offre d'emploi a été bonifiée de façon importante dans le but de favoriser la stabilité des équipes de travail, de diminuer la précarité d'emploi et de favoriser le cheminement de carrière dans l'organisation.

Stages

Considérant le fait que les stages sont une source très importante de recrutement, un atelier avec nos partenaires cliniques offrant des stages aux étudiants en soins

infirmiers a été réalisé à l'automne 2017 dans le but d'offrir une expérience de stage organisé, fluide et stimulant au maximum. La rencontre a permis une uniformisation des processus d'identification de milieux de stages, d'explorer des possibilités alternatives aux stages déjà offerts et de raffermir l'engagement de l'organisation envers sa mission d'enseignement. Des activités précises visant à valoriser le travail exceptionnel des superviseurs de stage sont fortement encouragées.

Intégration des systèmes GRH-paie

Afin de pouvoir actualiser la mise en place de ces quatre nouvelles conventions collectives locales, l'intégration des systèmes GRH-Paie devenait un prérequis. Ayant aussi pour objectif la simplification de l'ensemble des activités administratives reliées à la gestion des effectifs, ce projet représentait la deuxième phase de l'intégration des systèmes administratifs. Il s'agissait d'intégrer sept bases de données distinctes, réparties sur deux logiciels, afin d'en faire une seule et unique. Cette étape a finalement été franchie en octobre 2017. Mené en collaboration avec les directions partenaires (Direction des ressources financières et Direction des ressources technologiques), le projet se poursuivra avec la phase d'optimisation.

Présence au travail

À la suite de l'adoption de la politique de gestion intégrée de la présence au travail par le comité de direction, et à un engagement clair à s'investir dans la santé et le bien-être de son personnel, la DRHCAJ a œuvré dans le développement et le déploiement d'une démarche visant la mise en place de plans d'action par direction et pour l'ensemble de l'organisation. Ces plans sont axés sur la prévention et la promotion de la santé, les pratiques de gestion de la présence au travail ainsi que sur l'organisation des retours au travail plus rapides et durables. Parallèlement à cette initiative, des outils et des services en soutien à ce projet d'envergure sont développés.

Développement des équipes et des individus

Soucieux d'offrir un accompagnement continu et une approche proactive de gestion du développement des équipes et des individus, la DRHCAJ a déployé une approche de consultation auprès de ses différents partenaires. Cette nouvelle approche a permis d'agir en amont des enjeux et d'offrir un éventail de solutions, d'ateliers ou d'activités aux différents services de l'organisation, visant le développement des compétences, l'acquisition de nouvelles connaissances et d'offrir un milieu d'enseignement stimulant et bien organisé. Cette approche contribue également à la promotion d'un milieu de travail sain qui stimule le développement du personnel et qui soutient la qualité des soins promulgués à la clientèle.

Activités de reconnaissance

Le succès des activités de reconnaissance est en voie de créer une véritable tradition au sein du CIUSSS-EMTL. Toutes les activités inscrites au programme de reconnaissance et qui avaient pour objectif de reconnaître la valeur des individus ont été fidèlement poursuivies. Celles-ci visent à remercier les employés et les médecins, à les fidéliser; et à mousser le sentiment d'appartenance.

De la célébration visant à souligner les 25 ans de service et la retraite des employés, à l'activité du repas de Noël pour reconnaître la contribution du personnel et des médecins, tous ces rendez-vous ont permis à des milliers de personnes de se rencontrer. Un autre événement comme *L'Entracte*, tenu en septembre pour développer et maintenir le sentiment d'appartenance, a rassemblé tout le personnel autour de camions de cuisine de rue qui étaient postés à l'extérieur des installations. Ces activités offertes à tous relèvent l'immense défi de favoriser la vie communautaire du CIUSSS.

Service des affaires juridiques

Afin d'offrir à l'ensemble de l'organisation les services juridiques requis, la DRHCAJ a poursuivi le développement et l'organisation de ce service. Par l'ajout d'un cinquième avocat, et en affectant des spécialités à chacun d'entre eux, l'offre de service a été bonifiée afin de répondre aux besoins grandissants de l'organisation. L'expertise diversifiée de notre équipe d'avocats permet d'apporter un soutien appréciable à l'ensemble du CIUSSS-EMTL, dans les domaines du droit de la santé, du droit du travail, des affaires corporatives, du domaine de la recherche et des contrats d'affaires.

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

Reddition de compte 2017-2018 (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	0
2. Divulgations auxquelles il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22	0
3. Divulgations fondées	0
4. Divulgations reçues réparties selon chacune des catégories d'actes répréhensibles visées à l'article 4	0
<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• Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie• Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui• Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité• 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• Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment	0
5. Communications de renseignements effectués en application du premier alinéa de l'article 23	0

NB: Le transfert de la divulgation au Protecteur du citoyen est pris en compte au point 2 (ne relève pas du mandat du responsable de suivi). Quant au 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, la divulgation est répertoriée uniquement au point 5.

Direction des ressources technologiques (DRT)

Les principales réalisations de l'équipe des ressources technologiques

- La mise en place du centre d'opérationnalisation provincial pour le système d'informatisation d'endoscopie digestive (CO SI-Endo). Le CIUSSS-EMTL a reçu du MSSS le mandat provincial de mettre en place un centre d'opérationnalisation pour le déploiement et le support du système d'information provincial de l'endoscopie digestive. À ce jour, le responsable du déploiement et le responsable de l'actif du système d'information d'endoscopie ont été recrutés. Les affichages pour la constitution de cette équipe de dix personnes se poursuivent. Les locaux qui doivent héberger l'équipe du CO-Endoscopie ont également été identifiés.
- La consolidation du système d'information de paie et des ressources humaines (Virtuo). Le CIUSSS-EMTL a réalisé la fusion de ses sept systèmes de paie et des ressources humaines en une seule application avec le fournisseur Médiosolution.
- Le déploiement du dossier clinique informatisé OACIS à l'HSCO. Le CIUSSS-EMTL a donné accès au dossier clinique informatisé OACIS aux intervenants cliniques de l'HSCO. Ceci a permis l'arrêt du classement de papier dans les dossiers patients gérés par le Service des archives.

Les principales modifications apportées dans les services offerts

Un plan de maintenance et de mise à jour des postes de travail a été mis en œuvre et déployé au cours de l'année

Direction des services techniques (DST)

Les principales réalisations des équipes des services techniques

- Les Services alimentaires ont procédé à la révision de l'offre alimentaire afin d'atteindre les livrables demandés par le MSSS et de proposer un nouveau menu en CHSLD, avec la participation des comités de menus dans les installations.
- Les plans d'entretien préventif des équipements médicaux, des composantes du bâtiment et des plans de mesure d'urgence ont été révisés et mis à jour, dans un processus d'amélioration continue ayant comme objectif d'assurer la qualité et la sécurité de l'environnement physique. Les travaux pour réaliser les plans de mesures d'urgence ont été soulignés avec mention de la part des visiteurs d'Agrément Canada.
- Le bureau de projet immobilier a fait la planification de plus de 200 projets en lien avec le financement reçu du MSSS de l'ordre de 50 M\$ pour l'année 2017. Celui-ci s'ajoute au portefeuille de plus de 56 M\$ de projets planifiés et en cours de réalisation. Ces pro-

jets incluent des travaux de rénovations fonctionnelles dans les unités de soins des centres hospitaliers et des CHSLD :

- salon des familles aux soins palliatifs à l'HSCO;
- salons pour la clientèle et ses proches sur les unités de soins à l'HMR;
- réaménagement des locaux en néonatalogie;
- aménagement des terrasses extérieures en CHSLD;
- réaménagement de salles de bains et salles à manger en CHSLD;
- salle de traitement en radio-oncologie de l'HMR;
- salle pour cyto-fluoroscopie.

Des projets de maintien d'actifs immobiliers, en conformité aux exigences des différentes instances légales, ont aussi été réalisés :

- dispositifs anti-refoulement;
- gicleurs;
- enveloppe du bâtiment (toiture et maçonnerie);
- systèmes de ventilation/chauffage;
- systèmes électriques, incluant l'installation de sous-stations électriques et génératrices;
- mise aux normes des systèmes de ventilation aux blocs opératoires de l'HMR;
- réaménagement du secteur de l'endoscopie à l'HMR;
- mise aux normes des secteurs des unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) des centres hospitaliers.

Le MSSS a également donné son autorisation officielle pour la réalisation de la construction de la Maison des naissances pour laquelle les travaux ont débuté.

Enjeux et priorités

- La réorganisation des routes de travail en hygiène et salubrité à l'HMR avec la création d'équipe dédiée aux départs et transferts en lien avec les délais d'admission des soins.
- La révision et l'harmonisation de l'ensemble des codes de couleurs des mesures d'urgence pour le CIUSSS-EMTL (hôpital, CHSLD, CLSC).
- L'augmentation des budgets d'investissement du MSSS qui cause un impact direct sur les ressources dédiées à la réalisation de projets. Une augmentation du nombre de ressources professionnelles pour la réalisation des projets est requise et une coordination rigoureuse doit être faite avec les équipes cliniques pour assurer la disponibilité des espaces à rénover, et ce, de façon à maintenir notre service à la clientèle.
- L'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.

Les principales modifications apportées dans les services

Le centre d'appels d'urgence du CIUSSS-EMTL permet une réponse téléphonique 24 heures par jour, 7 jours

sur 7, pour l'ensemble des employés de l'organisation. Grâce à un numéro unique pour l'ensemble des gardes le centre peut prendre en charge certaines situations, ce qui en accélère le traitement. Le centre d'appels d'urgence informe également les cadres et certains employés ciblés à l'aide de messages SMS envoyés à partir de l'appareil disponible dans la « valise de garde électronique » lors de situations d'urgence ou encore pour transmettre des informations importantes.

Direction de l'enseignement universitaire (DEU)

Les principales réalisations de la Direction de l'enseignement universitaire

Le grand volume de stages réalisés et de stagiaires accueillis en 2017-2018

Cette année, 5 489 stages ont été réalisés dans le CIUSSS (stages individuels et stages de groupe) et 6 910 stagiaires ont été accueillis. Les stages en médecine sont réalisés dans les trois centres hospitaliers, soit l'HMR, l'IUSMM et l'HSCO. En 2017-2018, 3 017 stages de médecine ont été réalisés avec 1 397 stagiaires. Les deux centres de recherche (HMR et IUSMM) ont accueilli 446 stagiaires en 2017-2018. Cette année, 2 026 stages autres qu'en médecine et en recherche ont été réalisés dans le CIUSSS pour un total de 5 067 stagiaires

NOMBRE DE STAGES ET DE STAGIAIRES - CIUSSS EMTL 2017-2018		
	Nombre de stages	Nombre de stagiaires
Médecine (résidents, externes et étudiants)	3 017	1 397
Recherche	446	446
Niveau universitaire autre que médecine et recherche	915	910
Niveau collégial	611	2 290
Niveau secondaire	500	1 867
TOTAL	5 489	6 910

Source : Direction de l'enseignement universitaire et Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

La politique de l'enseignement et les mesures incitatives à la supervision de stages

Depuis juin 2017, le CIUSSS a adopté sa première politique d'enseignement qui s'applique à l'ensemble des directions et programmes, aux gestionnaires, aux médecins, dentistes et pharmaciens, aux chercheurs et employés, et ce, dans l'ensemble des installations. Elle s'applique également aux enseignants cliniques des établissements d'enseignement œuvrant dans nos installations. L'objectif de cette politique est de promouvoir et soutenir la mission et la culture de l'enseignement,

afin d'enrichir les pratiques et de former une main d'œuvre hautement qualifiée. En plus de la politique, une procédure sur la redistribution des revenus de stage et un addenda pour expliquer en détails les mesures incitatives à la supervision ont été élaborés. Ces dernières s'inscrivent dans les bonnes pratiques en matière de promotion de l'enseignement au sein d'un établissement. Ces mesures incitatives touchent trois dimensions de la décision d'une personne à superviser un stagiaire : la norme sociale, le sentiment d'auto-efficacité et les bénéfices perçus. La redistribution des revenus générés par l'accueil des stagiaires se veut une mesure incitative associée à l'axe des bénéfices perçus. En 2017-2018, une redistribution de ces revenus a été réalisée selon un processus structuré et transparent.

Avec le souci d'offrir un soutien aux superviseurs de stages, la Direction de l'enseignement universitaire, conformément à son mandat de soutien pédagogique, a animé 21 dîners de codéveloppement sur la supervision de stages. Ces rencontres permettent aux superviseurs de partager les expériences vécues, de mettre en commun leurs connaissances et de réfléchir ensemble aux défis rencontrés. La DEU a aussi élaboré pour les superviseurs un module de formation en ligne portant sur les principales étapes du processus de supervision de stage, de l'entrevue pré-stage à la conclusion du stage. Elle présente également les outils et les ressources propres au CIUSSS-EMTL reliés à chacune des étapes de ce processus.

Les ressources didactiques en pleine expansion

Le Service des ressources didactiques regroupe l'audiovisuel et les centres de documentation de l'HMR, de l'IUSMM et de l'HSCO. Cette année, les procédures des trois centres de documentation ont été harmonisées et une analyse approfondie de la pertinence des abonnements a été effectuée. Certains abonnements ont été annulés en fonction de critères préétablis; ce qui a permis au CIUSSS de faire des économies.

Il est important de souligner que la veille documentaire est un service en constante progression au CIUSSS. Elle traite de nombreux sujets et à chaque année de nouveaux s'ajoutent. Cette veille est disponible sur inscription par courriel auprès des trois centres de documentation.

Quant aux services audiovisuels, la Direction a pu répertorier et prendre en charge toutes les salles d'enseignement réparties à travers le CIUSSS. Diverses d'entre elles ont nécessité l'ajout de nouveaux équipements, tels des ordinateurs, des projecteurs, etc. Ce rehaussement se poursuivra en 2018-2019.

Les tableaux ci-dessous présentent les principales réalisations de 2017-2018

SERVICES DES BIBLIOTHÈQUES ET CENTRES DE DOCUMENTATION • 2016-2017				
PRINCIPAUX SERVICES	HMR	IUSMM	HSCO	TOTAL CIUSSS
Fréquentation (entrées)	28 861	1 396	3 952	34 209
Consultations sites Web et catalogues (sessions)	42 566	2 600	1 194*	44 360
Consultation ssite Web CIUP (pages)	11 970	-	-	11 970
Prêts de documents	1 607	462	448	2 517
Prêts entre bibliothèques	1 898	1 927	1 510	5 335
Recherches documentaires et veilles	575	2 922	1 053	4 550
Aide à l'utilisateur et recherches manuelles	775	306	387	1 468
Édition de publications pour les patients	166	-	-	166
Formations	20	-	60	80

* Comprend uniquement le catalogue à l'interne

Source : Direction de l'enseignement universitaire

SERVICES DE L'AUDIOVISUEL • 2016-2017					
PRINCIPAUX SERVICES	HMR	IUSMM	HSCO	AUTRES	TOTAL CIUSSS
Visioconférences	1 718	365	145	75	2 303
Livestream	-	18	-	-	18
Photos patients et transport adapté	374	75	-	-	449
Photos pour carte d'identité	3 073	22	-	-	3 095
Affiches / Conceptions	715	-	-	-	715
Productions vidéo (nombre d'heures)	1 042 h	112 h	-	-	1 154 h
Installations et photos d'événements	433	-	-	-	433

Source : Direction de l'enseignement universitaire

Enjeux et priorités

- Révision du mandat de la DEU

Depuis la création du CIUSSS, la gestion des stages est sous la responsabilité de deux directions : les stages des futurs médecins et des autres disciplines universitaires sont sous la responsabilité de la Direction de l'enseignement universitaire alors que les stages des niveaux collégial et secondaire sont sous la responsabilité de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. À la fin de 2017-2018, la Direction générale, de concert avec les deux directions précitées ont décidé de réviser les responsabilités des deux directions quant à la gestion des stages. À compter de l'automne 2018, la gestion administrative des stages (universitaires et non universitaires) sera sous la responsabilité de la DRHCAJ.

La DEU se concentrera sur la promotion et le soutien de la mission et de la culture de l'enseignement dans l'établissement.

- Diffusion de la politique de l'enseignement et des documents connexes auprès des gestionnaires et des superviseurs

Un plan de communication est en cours d'élaboration et comprendra, entre autres, une tournée des comités de gestion des différentes directions du CIUSSS.

- Développement d'autres formules (formations, etc.) pour soutenir les superviseurs (volet soutien pédagogique)

- Système de réservation de salles

Une nouvelle plateforme de réservation de salles sera mise en place via Outlook, laquelle permettra d'avoir accès à toutes les salles d'enseignement à travers le CIUSSS.

- Mise en place de deux nouveaux laboratoires de simulation à l'urgence et en néonatalogie à l'HMR
Le projet est en élaboration avec les acteurs concernés (médecins, Direction des services techniques, etc.)

Direction de la recherche (DR)

Le CIUSSS-EMTL regroupe deux centres de recherche, celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM) et celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CR-HMR).

EFFECTIFS DU CENTRE DE RECHERCHE - IUSMM	
Chercheurs	2017-2018
Réguliers	38
Associés	33
Total	71
Étudiants	2017-2018
Étudiants	244
Fellow	9
Postdoctorants	10
Total	263

EFFECTIFS DU CENTRE DE RECHERCHE - HMR	
Chercheurs	2017-2018
Réguliers	42
Associés	18
Cliniciens	101
Total	161
Étudiants	2017-2018
Étudiants	3
Stagiaires postdoctoraux	31
3 ^e cycle	66
2 ^e cycle	40
Total	140

Les principales réalisations des équipes du CR-IUSMM

- Lancement d'AXEL
Le Centre de recherche a créé le Centre AXEL (www.centreaxel.com), un projet intersectoriel de développement de nouvelles technologies en santé mentale qui rassemble chercheurs et partenaires provenant des sphères cliniques, académiques, communautaires et privées. Le centre Axel a pour mission d'accélérer l'intégration de la technologie pour améliorer la prise en charge et le traitement des gens atteints de troubles de santé mentale.
- Financement de projets par la Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Deux projets utilisant les données de la Banque Signature ont obtenu un financement de 200 000\$ chacun par la Fondation de l'IUSMM. Ces projets, menés par les chercheurs Marie-France Marin, Steve Geoffrion et Stéphane Guay, visent à réduire la durée du séjour, le risque d'hospitalisation et à prédire les comportements violents chez les patients récemment

admis en urgence psychiatrique afin d'améliorer l'accès à des soins plus personnalisés.

D'autre part, un projet d'application mobile (*Chill Time*; responsable D^{re} Tania Lecomte) obtiendra un financement de 50 000\$ pour évaluer son efficacité à réduire la détresse psychologique chez les personnes ayant un trouble psychotique et un trouble concomitant d'utilisation de substances.

Enfin, la chercheuse et psychologue Mélina Rivard, spécialisée dans le traitement de l'autisme, se verra attribuée un fonds dédié de la Compagnie Couché-Tard (250 000\$ sur 5 ans) pour financer le salaire d'un coordonnateur de recherche.

- Renouvellement du Centre de recherche par le Fonds de Recherche du Québec-Santé
L'évaluation du CR-IUSMM par le Fonds de Recherche du Québec-Santé (FRQ-S) a été réalisée le lundi 26 février 2018. Le rapport du comité d'évaluation, divulgué en avril 2018, a jugé le niveau de performance du Centre comme étant excellent, voire exceptionnel.

Activités majeures réalisées dans chacun des axes de recherche

- *Neurobiologie et cognition*

Sonia Lupien, directrice du Centre d'études sur le stress humain, a obtenu une Chaire senior de recherche du Canada sur le stress humain, alors qu'une Chaire junior de recherche du Canada a été octroyée à Isabelle Ouellet-Morin, chercheuse axe neurobiologie et cognition, sur le thème des origines développementales de la résilience et de la vulnérabilité. En 2017, Stéphane Potvin, chercheur axe neurobiologie et cognition, s'est vu renouveler pour quatre ans sa Chaire Eli Lilly Canada de recherche en schizophrénie dont il est le titulaire depuis 2014. Notons également que Karim Jerbi, chercheur recruté en 2017, est titulaire d'une Chaire de recherche du Canada (*Systems Neuroscience and Cognitive Neuroimaging*). Ces chercheurs sont affiliés à l'Université de Montréal.

Le D^r Alexandre Dumais a conclu un partenariat avec l'entreprise Otsuka Pharmaceuticals (300 000\$) afin d'étudier l'efficacité des avatars dans le traitement des hallucinations auditives verbales chez les patients schizophrènes réfractaires au traitement pharmacologique. D'autre part, des contrats de recherche clinique ont été obtenus par le D^{re} Valérie Tourjman auprès de laboratoires pharmaceutiques dans l'évaluation de traitements pharmacologiques des symptômes dépressifs (Laboratoires Janssen 110 000\$) et dans l'évaluation de tests diagnostiques de la schizophrénie et du trouble bipolaire (Laboratoire diaMentis, 344 591\$). Les chercheurs de l'axe ont co-publié 61 publications à comité de lecture et ont soumis 17 projets de recherche qui ont été acceptés par le comité éthique. Quant au rayonnement, le D^r Alexandre Dumais, qui s'intéresse à l'impact de la consommation de cannabis sur les comportements violents en milieu

psychiatrique, a publié, en septembre 2017, un article dans *Frontiers Psychiatry* qui a fait l'objet d'un grand intérêt de la part des médias. Deux conférences grand-public Fernand-Seguin ont été animées par des chercheurs de l'Axe: le premier portant sur « L'anxiété de performance chez les enfants et les adolescents. » (Sonia Lupien) et le second sur « La science derrière le langage du corps (Pierrich Plusquellec). ». Ces derniers ont organisé, comme tous les ans, une formation sur la gestion du stress (Formation D'estresse et progresse) qui a attiré plus de 300 professionnels.

- **Intervention et services**

En avril 2017, M. Corbière est devenu titulaire de la Chaire Santé mentale et travail (1 400 000 \$) grâce à deux dons majeurs faits à la Fondation de l'IUSMM par la Banque Nationale et l'Industrielle Alliance. Il a également obtenu une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sur l'implémentation des programmes de soutien à l'emploi destinés aux personnes avec un trouble mental en processus de réinsertion au travail (332 000 \$). À cette subvention s'ajoute celle de Catherine Briand (IRSC; 100 000 \$) sur un projet portant sur le rétablissement en santé mentale et Frederick Aardema (*Inference-Based Cognitive Therapy versus Exposure and Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: A 16-Session Randomized Controlled Trial*; 726,750 \$).

Les chercheurs de l'axe ont co-publié 55 publications à un comité de lecture et ont soumis 23 projets de recherche qui ont été acceptés par le comité éthique. Ces projets sont menés au sein de dix laboratoires et centres de recherche fondés et dirigés par des chercheurs de l'axe. Quant au rayonnement, soulignons la conférence organisée par l'Axe 2 sur la « Cognition sociale et le rétablissement dans les troubles mentaux sévères », le colloque « Violence, santé et société: des liens complexes à élucider », ainsi que les deux conférences grand-public sur le syndrome de Tourette (Julie Leclerc, chercheuse) et les meurtriers sexuels (Jean Proulx, chercheur).

Enjeux et priorités du CR-IUSMM

- Acquisition de données de la Banque Signature par l'octroi de nouveaux contrats de recherche.
- Soutien au développement des chantiers interdisciplinaires (chantiers prévention jeunesse, santé mentale en première ligne, santé mentale et travail).
- Soutien à l'intégration de la recherche en santé mentale dans le CIUSSS-EMTL (p. ex.: l'organisation de concours internes).
- Développement du Centre AXEL par la recherche de partenariats avec des entreprises privées.
- Recrutement de nouveaux chercheurs juniors et seniors.
- Soutien des chercheurs à la recherche de nouvelles opportunités de financement.

Les principales réalisations du CR-HMR

- **Agrandissement du Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont**

Le Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CR-HMR) est l'un des bénéficiaires d'un important octroi du ministère de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique du Canada, par l'entremise du Fonds d'investissement stratégique pour les établissements postsecondaires, en partenariat avec l'Université de Montréal qui fournit une somme importante pour ce projet.

Cette subvention de 5,7 M\$, issue d'un partenariat avec l'Université de Montréal, jumelée à une donation de 7 M\$ de la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, permettra l'agrandissement du Centre de recherche de l'HMR rendu nécessaire par l'expansion récente du Centre de recherche et le rehaussement technologique de nos infrastructures. L'agrandissement des lieux et leur mise à niveau permettra d'intensifier encore la marche vers de nouvelles thérapies dans le domaine de l'immunologie-oncologie, la néphrologie et la santé de la vision, tous des pôles d'excellence dans l'institution. La fin des travaux est prévue pour l'automne 2018.

- **Distinctions, bourses et rayonnement**

Cette année encore, le Centre de recherche de l'HMR se démarque par l'excellence de ses chercheurs. Leurs travaux engendrent des progrès majeurs pour la santé et ont valu à plusieurs des distinctions et des appuis financiers pour poursuivre leur recherche.

De nombreux chercheurs et étudiants en recherche ont reçu des bourses du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour les appuyer dans leurs projets. On compte parmi les récipiendaires D^r Gilbert Bernier, Ph.D., D^r Jean-Sébastien Delisle, M.D., Ph.D., D^{re} Kelley Kilpatrick, Ph.D., D^{re} Nathalie Labrecque, Ph.D., D^r Louis-Philippe Laurin, M.D., M.Sc., D^{re} Sylvie Lesage, Ph.D., D^r Dindial Ramotar, Ph.D., et D^r Pascal-André Vendittoli, M.D., M.Sc. Ce soutien contribuera à maintenir les hauts standards de performance des équipes dans leurs quêtes scientifiques.

De plus, le D^r Mike Sapieha, Ph.D., s'est vu remettre une importante distinction. Ainsi, lors de la conférence annuelle de la Société canadienne de recherches cliniques, on lui a remis le Prix Joe-Doupe qui reconnaît l'excellence des dix premières années de recherche d'un jeune scientifique.

Le D^r Jean Roy a reçu quant à lui le Grand Prix du Collège des médecins pour son succès avec une nouvelle approche thérapeutique pour traiter les personnes atteintes du myélome multiple.

La présence du CR-HMR dans les médias ne s'arrête pas là. Certains de ses chercheurs ont été sollicités à plusieurs reprises comme référence pour des publications dans les médias. Le directeur de la recherche lui-même, Dr Denis Claude Roy, M.D., Ph.D., a été cité dans *Le Devoir* (*Des thérapies géniques «made in» Québec*) où il explique l'importance d'investir en recherche. Le Dr Roy, M.D., Ph.D., et le Dr Lambert Busque, M.D., Ph.D., ont également vanté les progrès de la recherche dans un article de *La Presse* (*La chimiothérapie, parlons-en*), dans lequel ils expliquent que de nouveaux traitements contribuent à faciliter la vie de patients atteints de cancer et que la recherche continue. De son côté, le Dr Jean-Sébastien Delisle, M.D., Ph.D., a parlé de l'avenir de la thérapie cellulaire dans un article de *Radio-Canada* (*La thérapie cellulaire pour remplacer les médicaments*) en expliquant comment le système immunitaire pourrait être modifié afin d'être plus efficace pour combattre certaines maladies. Également, le Dr May Griffith, Ph.D. a fait la promotion de ses recherches sur la greffe de cornée dans la série documentaire *Voir grand*, diffusée sur la chaîne AMI-Télé. Ces sollicitations des médias pour répondre à des questions et appuyer des publications démontrent qu'on reconnaît le CR-HMR pour son expertise.

Activités majeures

- *Axe Immunologie-oncologie*

Le Dr Christopher Rudd, Ph.D., a publié une étude dans la prestigieuse revue *Nature Communication* au sujet d'un important mécanisme qui contrôle la capacité des cellules T à adhérer à une autre cellule. Ces travaux revêtent une importance significative sur la longue route que constitue la lutte contre plusieurs maladies, à commencer par le cancer. La publication de cette étude a valu au Dr Rudd, Ph.D., d'être au centre d'un article dans *Le Devoir* à ce sujet.

Dr^e Josée Hébert, MD, est associée à un financement de 12,8 millions de dollars accordé au projet « Interrogation et mise en œuvre d'Omics pour la médecine de précision dans la leucémie myéloïde aiguë », porté par le Dr Guy Sauvageau (Institut de recherche en immunologie et en cancérologie (IRIC) de l'Université de Montréal), à l'issue du Concours 2017 – Projets de recherche appliquée à grande échelle « La génomique et la santé de précision de Génome Canada ».

Finalement, le Dr^e Sylvie Lesage, MD, Ph.D., a publié dans la revue *Journal of immunology* une importante étude sur la compréhension du rôle du système immunitaire dans l'élimination des cellules cancéreuses. Ces travaux permettent de mieux comprendre pourquoi la susceptibilité au cancer et aux infections est augmentée chez certains individus, ce qui pourrait, à terme, paver la voie vers des traitements plus efficaces chez l'humain.

- *Néphrologie*

Notons le recrutement du Dr Casimiro Gerarduzzi, Ph.D., qui est diplômé en médecine expérimentale à l'Université de McGill et détenteur d'une formation postdoctorale de l'Université de Harvard où il a étudié les mécanismes moléculaires associés aux protéines matricellulaires dans un contexte de fibrose rénale. Son programme de recherche est dédié aux mécanismes intracellulaires impliqués dans la régénération et la réparation des dommages rénaux.

Les chercheurs en néphrologie ont participé à la publication de plusieurs articles scientifiques au cours de l'année. Le Dr^e Kelley Kilpatrick, Ph.D., a participé à une publication dans *Primary Health Care Research & Development* de Cambridge university press au sujet des résultats d'une étude sur l'échelle d'engagement en matière de soins de santé primaires (EPSP) chez les infirmières des régions rurales et éloignées. De son côté, le Dr Jean-Philippe Lafrance, M.D., M.Sc., a publié une étude au sujet de l'association du rapport neutrophiles-lymphocytes avec l'inflammation et la résistance à l'érythropoïétine chez les patients dialysés chroniques dans le *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*. Notons également le Dr Louis-Philippe Laurin, M.D., M.Sc., qui a collaboré à une étude publiée dans *Nephrology Dialysis Transplantation* de l'Oxford university press à propos de l'association d'agents stimulant l'érythropoïèse et le risque d'incidence du diagnostic de cancer chez les patients en dialyse chronique. Également, le Dr Vincent Pichette, M.D., Ph.D., a participé à une étude sur l'impact des cliniques de protection rénale sur la prescription et l'adhésion à un traitement médicamenteux cardioprotecteur chez les patients atteints d'une maladie rénale chronique, qui a été publiée dans *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. Ces exemples d'études, auxquelles des chercheurs en néphrologie ont contribué, démontrent l'expertise de ceux-ci dans leur domaine.

- *Santé de la vision*

Parallèlement à son importante distinction, le Dr Mike Sapieha, Ph.D., a publié une étude sur le métabolisme et les mécanismes de protection de l'organisme contre les méfaits liés à l'obésité. L'étude a été publiée dans la revue *Science Immunology* et a été diffusée abondamment dans les médias dont le journal *Le Devoir*. L'étude a permis de démontrer que le corps est muni d'un système inflammatoire protecteur qui est derrière l'expansion physiologique saine du tissu adipeux. Les cellules macrophages nommées neuropilines-1 positives, ou NRP1+, préparent le corps à avoir une expansion du tissu adipeux, sans avoir les conséquences néfastes sur la tolérance au glucose et les autres complications associées au syndrome métabolique. Ces résultats pourraient contribuer au développement de traitements pour diminuer les

effets négatifs liés à l'obésité. De son côté, la D^{re} May Griffith, Ph.D., une pionnière de la médecine régénérative de l'œil, est devenue la toute nouvelle titulaire de la Chaire de la Fondation Caroline Durand en thérapie cellulaire des maladies de l'œil de l'Université de Montréal. En partenariat avec la Fondation de l'HMR, cette chaire permettra au D^{re} Griffith d'entamer une nouvelle phase de travaux qui seront centrés sur la réparation de cornées endommagées par des traumatismes.

- Recherche clinique

Le traitement novateur du myélome multiple du D^r Roy a valu la publication d'un article dans *Le Devoir*. Mais la nouvelle qui a retenu le plus d'attention est celle qui a été surnommée par les médias l'opération de «l'œil bionique». Une équipe du Centre universitaire d'ophtalmologie, dirigée par le D^r Flavio Rezende et le D^{re} Cynthia Qian, est à l'origine de cette première au Québec. Ils ont procédé à l'implantation d'une prothèse rétinienne chez une patiente atteinte de cécité. La nouvelle a eu une importante couverture dans les médias tels que dans *La Presse*, *Le Devoir* et *Radio-Canada*. D'ailleurs, pour souligner cette réussite et le dynamisme de sa carrière, le quotidien *La Presse* a choisi la D^{re} Cynthia Qian, comme *Personnalité de la semaine* du 11 septembre.

Résultats : entente de gestion et d'imputabilité

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI)

Cette partie concerne l'établissement public et rend compte des résultats des attentes spécifiques (chapitre III), prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Résultats au regard des engagements du chapitre III de l'EGI 2017-2018

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
SANTÉ PUBLIQUE			
Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	Non réalisé	
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	Réalisé	
SERVICES SOCIAUX			
Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.	Réalisé	Considérant que le plan de travail est demandé pour le 30 juin 2018, il a été demandé de compléter la fiche en fonction de la liste qui était demandée au 30 septembre 2017.
Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	Réalisé	
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	Réalisé	
Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	Réalisé	
ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Ils doivent faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	Réalisé	

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
ADDENDA – 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 sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	Réalisé	
SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE			
Organisation et harmonisation des soins et des services en santé mentale à Montréal	Collaborer activement aux travaux régionaux portant sur l'organisation et l'harmonisation des soins et des services en santé mentale et en psychiatrie légale à Montréal. À ce titre, mettre en place les actions locales et régionales définies dans les travaux ministériels, réaliser le suivi et la reddition de comptes prévus au regard de ces actions et atteindre les objectifs fixés selon les échéanciers établis.	Non réalisé	Pourcentage de réalisation : 70 %. LE CEMTL est identifié comme un établissement de niveau 3 dans la hiérarchisation : 1) des lits dédiés sont requis; 2) arrivée d'un psychiatre en juillet 2018; 3) utilisation partielle du DUNDRUM. Par ailleurs, le CEMTL a développé son expertise en psychiatrie légale depuis 2015.
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action sur la gestion de la douleur chronique déposé le 31 mars 2016	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	Non réalisé	Pourcentage de réalisation : 60 %. Arrimage vers la première ligne n'est pas complété. Comité de travail en place. Démarche de sensibilisation en cours avec les médecins.
État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	Réalisé	
État d'avancement sur le plan d'action AVC par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Non réalisé	Pourcentage de réalisation : 90 %. En suivi de la visite d'obtention de la certification CH 2 obtenu, trois recommandations sont à compléter. Le plan d'action est en cours de réalisation. Les mandats sont donnés, la structure de gouvernance est en place et des suivis réguliers sont assurés.
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action sur la maladie rénale déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Réalisé	

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
Investissements en santé mentale : Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de premier épisode psychotique	Prendre part à un processus d'accompagnement avec le CNESM dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre.	Réalisé	
Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), <i>Flexible Assertive Community Treatment (FACT)</i> et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	Réalisé	
FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET			
Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	Réalisé	
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	Réalisé	
COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE			
Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	Réalisé	

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE			
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; compléter la phase d'établissement du contexte du processus; compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	Réalisé	
Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le C. A. de l'établissement. Une résolution du C. A. de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise par courriel.	Cette attente a été retirée par le MSSS.	
Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 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.	Cette attente a été retirée par le MSSS.	
État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	Réalisé	

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI)

Cette partie concerne l'établissement public et rend compte des résultats des attentes spécifiques (chapitre III) et 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.

Résultats au regard des engagements du chapitre IV de l'EGI 2017-2018

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 %
ND	Données non disponibles en date du 18 mai 2018

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT ANNUEL DE L'ANNÉE SUIVANTE
SANTÉ PUBLIQUE - INFECTIONS NOSOCOMIALES			
1.01.26-PS – Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70,0	52,4	75,0
<i>Commentaires (si non atteint, justification de l'écart, évolution du résultat et mesures correctrices)</i> Nous constatons une amélioration des taux de conformité d'hygiène des mains bien que pas à la hauteur souhaitée. Une campagne sur l'hygiène des mains a été effectuée avec des communications intensifiées et une plus grande présence des conseillères en préventions des infections sur le terrain.			
1.01.19.01-PS – Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (mission classe CHSGS)	100,0	100,0	100,0
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 <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (mission-classe CHSGS)	100,0	100,0	100,0
1.01.19.04-PS – Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (mission-classe CHSGS)	100,00	100,0	100,00
1.01.19.03-EG2 – Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (mission-classe CHSGS)	100,00	100,0	100,00
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES			
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 (AAPA)	50,0	0,0	50,0
<i>Commentaires</i> Nous constatons une amélioration des taux de conformité d'hygiène des mains bien que pas à la hauteur souhaitée. Une campagne sur l'hygiène des mains a été effectuée avec des communications intensifiées et une plus grande présence des conseillères en préventions des infections sur le terrain.			
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	50,0	50,0	50,0
1.03.10-PS – Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100,0	100,0	100,0
1.03.13-EG2 – Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	70,0	69,9	73,0
1.03.14-EG2 – Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	1 240 836	1 272 636	1 240 836
1.03.15-EG2 – Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	6 414	6 763	6 414

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT ANNUEL DE L'ANNÉE SUIVANTE
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES			
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	1 295 047	1 366 686	1 295 047
1.03.11-PS – Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	10 298	10 187	10 355
Commentaires <i>L'engagement n'est pas totalement atteint pour le nombre total d'utilisateurs tous profils ISO-SMAF. Avec les embauches effectuées en cours d'année, nous allons pouvoir atteindre la cible 2018-2019. Nous sommes en bonne évolution par rapport à 2016-2017.</i>			
1.03.12-PS – Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90,0	86,1	90,0
Commentaires <i>L'engagement n'est pas totalement atteint pour le nombre total d'utilisateurs tous profils ISO-SMAF. Avec les embauches effectuées en cours d'année, nous allons pouvoir atteindre la cible 2018-2019. Nous sommes en bonne évolution par rapport à 2016-2017.</i>			
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	90,0	70,6	90,0
Commentaires <i>Les résultats de cette année ont subi une baisse globale dans les deux programmes bien qu'une attention particulière a été mise pour les demandes de priorités urgentes et élevées. Les postes non remplacés et le temps requis à doter et à accueillir les nouvelles personnes ont beaucoup ralenti la capacité de prise en charge des dossiers. Nos projets de direction pour la prochaine année dont la révision du processus clinique et de l'encadrement clinique, devraient avoir un impact positif sur nos résultats puisque l'épisode de première ligne ainsi que le soutien clinique seront mieux définis.</i>			
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 l'autisme	90,0	66,5	90,0
Commentaires <i>Les résultats de cette année ont subi une baisse globale dans les deux programmes bien qu'une attention particulière a été mise pour les demandes de priorités urgentes et élevées. Les postes non remplacés et le temps requis à doter et à accueillir les nouvelles personnes ont beaucoup ralenti la capacité de prise en charge des dossiers. Nos projets de direction pour la prochaine année dont la révision du processus clinique et de l'encadrement clinique, devraient avoir un impact positif sur nos résultats puisque l'épisode de première ligne ainsi que le soutien clinique seront mieux définis.</i>			
1.46-PS – Pourcentage de 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	90,0	55,2	90,0
Commentaires <i>Dans notre contexte de services spécifiques, nous sollicitons la contribution des services spécialisés pour répondre aux besoins de la clientèle en fin de scolarité. Pour la prochaine année, nous planifions de travailler de concert avec notre partenaire qui offrent les services socioprofessionnels afin d'accéder et d'intégrer ces personnes dans les milieux correspondant à leurs besoins, de favoriser l'implication de nos intervenants pivots dans les écoles pour arriver au bon moment dans la vie d'un élève qui le requière et ainsi planifier les services dont il aura besoin, de dédier certains intervenants pivots à l'offre de service visant à préparer la clientèle à la vie active (TÉVA) et de poursuivre notre implication dans les écoles et participer aux instances régionales en lien avec la TÉVA. Nous souhaitons que des intervenants pivots dédiés aient un impact dans l'accompagnement des élèves et des familles vers les services requis et l'intégration dans les milieux identifiés. Enfin, les écoles étant les initiateurs de la démarche, nos services demeurent tributaires de leurs démarches.</i>			
DÉPENDANCE			
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	88,1	88,1	88,1
SANTÉ MENTALE			
1.08.13-PS – Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	260	324	342
Commentaires <i>La cible du nombre de places a été atteinte et même dépassée pour l'année 2017-2018. Toutefois, l'engagement concerne les places reconnues. Pour être reconnue, une place doit avoir été homologuée par le CNESM ce qui, habituellement, ne se fait pas dans la première année de l'ajout de places. L'homologation devrait se faire au courant des prochains mois, les équipes ayant été visitées il y a plus de deux ans (entre février et avril 2016).</i>			

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT ANNUEL DE L'ANNÉE SUIVANTE
1.08.14-PS – Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	310	279	310
Commentaires L'engagement 2017-2018 pour le nombre de places reconnues semble avoir été fixé sur la base d'un ratio usagers par intervenant de 10 (31 ETC x 10) alors que le calcul doit se faire avec 9 (31 x 9 = 279). Par ailleurs, après discussion avec le CNESM, le nombre d'ETC requis pour atteindre l'engagement de 2018-2019 est atteignable en augmentant d'un intervenant le nombre d'intervenants par équipe. Les équipes compteraient donc plus de 10 intervenants par équipe.			
SANTÉ PHYSIQUE-URGENCE			
1.09.01-PS – Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,00	18,62	12,00
Commentaires Parmi les mesures entreprises, mentionnons le A3 de l'urgence avec 32 projets ou initiatives établis en partenariat avec les intervenants de différents secteurs du CIUSSS afin de réduire le temps d'attente dans les urgences et ainsi améliorer la DMS, la consolidation de l'équipe interdisciplinaire de planification précoce conjointe de congé (PPCC) dans 1 urgence HMR et mise en place à Santa Cabrini en décembre 2017, la trajectoire pour la fluidité pour la montée des patients hospitalisés sur les unités de soins, l'évaluation des longs séjours sur les unités de soins et l'ouverture de lits de débordements et de surcapacité aux unités de soins HMR et HSCO.			
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	75,0	50,2	75,0
Commentaires Parmi les mesures entreprises, mentionnons le désengorgement de la salle d'attente afin de favoriser le coucher direct dans le secteur civière et ce dès le triage, les ordonnances collectives (OC) établies selon les raisons de visites (symptômes) et ce dès le triage, le rappel fait aux équipes médicales afin de prendre en charge rapidement la clientèle par le système informatique Méd-Urge, les démarches faites pour changer le système informatique SIURGE de Hôpital Santa Cabrini et pour implanter Méd-Urge, la réorientation des P4-P5 dans les cliniques réseaux (19 %) ainsi que le secteur de ZER (zone d'évaluation rapide) de 8 fauteuils à HMR et 6 fauteuils à l'hôpital Santa Cabrini.			
1.09.44-PS – Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	70,0	48,3	70,0
Commentaires Parmi les mesures entreprises, mentionnons l'implantation de nouvelles OC au triage afin d'accélérer les résultats des laboratoires, les suivis fait avec les plateaux techniques afin de favoriser la clientèle de l'urgence pour les examens diagnostiques, les nouveaux locaux de radiologie à proximité de l'aire ambulatoire depuis 1 an, l'accès informatique Méd-Urge accordé aux médecins spécialistes afin de répondre rapidement à la demande de consultation ainsi que la présence de l'équipe PPCC dans les secteurs civières, mais aussi dans le secteur ambulatoire.			
SANTÉ PHYSIQUE-SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE			
1.09.05-PS – Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 088	1 079	1 107
Commentaires Un plan de communication aux équipes pour l'importance de la bonne codification est en cours en ce début d'année financière. Pour notre territoire, il y a l'enjeu de la collaboration avec l'organisme Services de soins palliatifs à domicile du grand Montréal (SSPAD) qui ne comptabilise aucune donnée dans nos systèmes d'information. L'entente de collaboration est en révision avec le SSPAD. De plus, il demeure le défi d'identifier la clientèle en suivi long terme afin de déterminer « le moment » où il doit être coté en soins palliatifs.			
1.09.45-PS – Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	56	56	56
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	37,0	33,3	33,6
Commentaires Pour ce qui est du taux décès à domicile, nous dépassons largement la cible ministérielle tout en n'atteignant pas le résultat 2016-2017 qui comportait certaines erreurs de comptabilisation (interprétation de données).			
SANTÉ PHYSIQUE-SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE			
1.09.25-PS – Nombre total de GMF	15	16	17
1.09.27-PS – Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	85,00	65,44	85,00
Commentaires On observe une pénurie de médecins de famille dans l'Est de l'île de Montréal, un besoin d'infirmières praticienne spécialisée (IPS) afin de faciliter la prise en charge de la clientèle et un manque de développement de cliniques médicales dans les zones de désert médical de l'Est de l'île de Montréal.			

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT ANNUEL DE L'ANNÉE SUIVANTE
1.09.48-PS – Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	5	8	8
SANTÉ PHYSIQUE-CHIRURGIE			
1.09.32.00-PS – Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	110	0
<p>Commentaires <i>Une amélioration substantielle par rapport au résultat de 2016-2017 est néanmoins remarquée. Il est à noter que sur les 110 patients en attente, plus de 30 sont en non-disponibilité. La grande vétusté des plateaux opératoires du CEMTL apporte une certaine inefficience dans la production chirurgicale due à de nombreuses contraintes problématiques (taux d'humidité, taux de particules, dégâts d'eau, etc.). Nos blocs opératoires sont éclatés sur plusieurs sites ce qui engendre certaines limitations dans les mouvements de nos patients par rapport aux types de chirurgies qui peuvent être effectuées. Cela complique également la gestion du parc d'équipements et de fournitures.</i></p>			
1.09.33.01-PS – Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90,0	53,7	90,0
<p>Commentaires <i>Nous avons une volumétrie de cas pour la chirurgie oncologique très importante sur le plateau de HMR, ce qui rend l'atteinte de la cible de 28 jours particulièrement difficile. Globalement, il y a eu amélioration de l'accessibilité pour la chirurgie oncologique au CEMTL. Un suivi hebdomadaire des listes est effectué. Notre pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours est en amélioration.</i></p>			
1.09.33.02-EG2 – Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100,0	87,8	100,0
<p>Commentaires <i>Nous avons une volumétrie de cas pour la chirurgie oncologique très importante sur le plateau de HMR, ce qui rend l'atteinte de la cible de 28 jours particulièrement difficile. Globalement, il y a eu amélioration de l'accessibilité pour la chirurgie oncologique au CEMTL. Un suivi hebdomadaire des listes est effectué. Notre pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours est en amélioration.</i></p>			
SANTÉ PHYSIQUE-IMAGERIE MÉDICALE (ces indicateurs sont commentés en groupe)			
1.09.34.02-PS – Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	90	40,7	90
1.09.34.03-PS – Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	85	85,1	100
1.09.34.04-PS – Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	90,6	100
1.09.34.05-PS – Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	55	51,2	60
1.09.34.06-PS – Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	90	67,3	90
1.09.34.07-PS – Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	70	75,1	75
1.09.34.08-PS – Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	90	78,6	90
1.09.34.09-PS – Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	90	80,9	90
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)	100	85,0	100
<p>Commentaires <i>Globalement, pour la plupart des indicateurs, il y a amélioration en comparaison avec 2016-2017. Pour certains indicateurs ci-dessus, nous n'atteignons pas l'engagement 2017-2018. Une épuration de la liste d'attente et une augmentation de la production ont permis de réduire l'attente de façon globale. Un manque de technologues a limité notre capacité d'offrir des plages horaires élargies en TDM et en IRM. L'ajout d'un échographe cardiaque serait facilitant pour réduire l'attente en échographie.</i></p>			
RESSOURCES MATÉRIELLES			
2.02.02-EG2 – Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100,0	100,0	100,0

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT ANNUEL	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT ANNUEL DE L'ANNÉE SUIVANTE
RESSOURCES HUMAINES			
3.01-PS – Ratio d'heures en assurance-salaire	6,05	7,70	6,05
<p>Commentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Mesures organisationnelles mises en place à l'automne 2017 sous forme de plan d'action dans le cadre du plan équilibre budgétaire, incluant : <ul style="list-style-type: none"> le déploiement d'une démarche de gestion intégrée de la présence au travail (GIPT) dans chacune des directions arrimée à la nouvelle Politique réseau sur la gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail; le développement des outils de soutien aux gestionnaires, spécifiques à la gestion de la présence au travail; le développement des compétences des gestionnaires notamment en ce qui a trait à l'identification et la gestion des risques de détresse psychologique au travail; l'optimisation de l'utilisation de l'assignation temporaire, etc. Création d'un poste d'ergothérapeute en santé et sécurité au travail en octobre 2017 offrant un accompagnement auprès des employés en invalidité et des gestionnaires dans le cadre de dossiers complexes afin de favoriser un retour au travail prompt, sain et durable; Harmonisation du processus de gestion médico-administrative des dossiers en invalidité, basée sur les meilleures pratiques et développement des compétences du personnel SST Soutien et accompagnement professionnel en développement organisationnel et SST auprès des gestionnaires afin d'intervenir de façon plus proactive et renforcer les pratiques de prévention en matière GIPT; Évaluations et expertises médicales des dossiers en invalidité. <p>Facteurs contraignant l'atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Le plan d'action déployé dans le cadre du plan d'équilibre budgétaire à l'automne 2017 et mobilisant l'ensemble des directions de l'établissement, vise à optimiser les pratiques de gestion intégrée de la présence au travail et renforcer une culture de prévention et de promotion de la santé au travail. Les résultats probants de ces travaux organisationnels requièrent un délai pour s'actualiser. En fin d'exercice financier, de la P12 à la P13, nous constatons toutefois une diminution significative du nombre des dossiers actifs (- 4,0 %) et du nombre des nouveaux dossiers (- 41,1 %). À noter, une diminution du nombre des dossiers actifs est observée dans chacun des groupes diagnostics, tant en santé physique qu'en santé psychologique. 			
3.05.02-PS – Taux d'heures supplémentaires	2,60	3,95	2,60
<p>Commentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Mesures organisationnelles mises en place à l'automne 2017 sous forme de plan d'action dans le cadre du plan équilibre budgétaire; Plusieurs réorganisations des centres d'activité ont permis d'obtenir plus de flexibilité par le personnel (regroupement de services RH); Suivis réguliers par les différentes directions de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante. <p>Facteurs contraignant l'atteinte de l'engagement :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pression dans les urgences hospitalières durant la période hivernale; Recrutement difficile pour plusieurs titres d'emploi (préposés aux bénéficiaires, infirmières, professionnels) : compétition importante du recrutement dans la région montréalaise, nombre de finissants dans les écoles limité et hausse de volume dans certaines activités physiques; Postes comblés, mais dépourvus temporairement du titulaire (maladie, congé maternité, congés parentaux, congés pour études, etc.); Limites des agences de personnel afin de répondre aux besoins de l'établissement; Plusieurs projets de développement en cours d'année nécessitant de nombreuses ressources additionnelles. 			
3.06.00-PS – Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante	3,65	4,79	3,54
<p>Commentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Mesures organisationnelles mises en place à l'automne 2017 sous forme de plan d'action dans le cadre du plan équilibre budgétaire; Plusieurs réorganisations des centres d'activité ont permis d'obtenir plus de flexibilité par le personnel (regroupement de services RH); Suivis réguliers par les différentes directions de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante; Suivi mensuel en salle de pilotage stratégique. <p>Facteurs contraignant l'atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Pression dans les urgences hospitalières durant la période hivernale; Recrutement difficile pour plusieurs titres d'emploi (préposés aux bénéficiaires, infirmières, professionnels) : compétition importante du recrutement dans la région montréalaise et nombre de finissants dans les écoles limité; Postes comblés mais dépourvus temporairement du titulaire (maladie, congé maternité, congés parentaux, congés pour études, etc.); Plusieurs projets de développement en cours d'année nécessitant de nombreuses ressources additionnelles. 			
MULTIPROGRAMMES			
7.01.00-PS – Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	75,0	62,8	75,0
<p>Commentaires</p> <p>Cette mesure est difficile à apprécier considérant l'éclatement des professionnels entre plusieurs directions. On observe une amélioration remarquable en regard des résultats de 2016-2017.</p>			

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément

L'année 2017 a été marquée par la poursuite des activités d'amélioration continue de la qualité pour atteindre et maintenir la conformité aux normes d'excellence d'Agrément Canada. Cela demeure un défi et une priorité quotidienne de nos équipes cliniques et administratives dans leurs efforts d'offrir des soins et des services de qualité aux usagers du CIUSSS-EMTL.

Le CIUSSS-EMTL a reçu une visite d'évaluation pour la reconduction de la certification d'agrément en décembre dernier. Durant cette visite, il y a eu 27 secteurs reliés à différentes normes qui ont été évalués dans onze installations offrant des services spécialisés et ambulatoires en milieu hospitalier ou des services de première ligne dans la communauté en CLSC. Après l'évaluation de plus de 2843 critères, Agrément Canada a reconnu un taux de conformité aux standards d'excellence à 95 % pour le CIUSSS-EMTL. Des éléments marquants et des forces ont été soulignés par les visiteurs dont : l'engagement des professionnels, leurs compétences et la rigueur des cliniciens, le fort sentiment d'appartenance, la détermination à trouver des solutions et à s'adapter rapidement, le déploiement des salles de pilotages et des stations visuelles opérationnelles ainsi que la démarche du conseil citoyen en santé de l'Est de Montréal.

La visite de l'automne 2015 a représenté la fin du cycle d'Agrément 2012-2015 pour le CSSS Lucille Teasdale, il fut la dernière installation visitée avant le début de la démarche d'accréditation du CIUSSS-EMTL.

Les suivis exigés par Agrément Canada ont été les suivants :

- Cinq normes sur l'excellence des services ont nécessité des preuves supplémentaires, dont le suivi a été réalisé au mois de juin 2017. Essentiellement, les sujets ont touché le consentement, le respect de la vie privée, la formation des équipes sur la maltraitance et les services contractuels.
- Une réévaluation des normes de leadership et gestion de médicaments a également été effectuée lors de la visite d'agrément de 2017; ce qui a clos l'accréditation de l'installation Lucille-Teasdale.

Dès janvier, les équipes sont à l'œuvre pour finaliser les actions qui permettront d'augmenter encore cet excellent résultat. Elles sont également en préparation de la nouvelle démarche d'agrément.

L'établissement a un statut d'agrément agréé.

La sécurité des soins et des services

La qualité, la sécurité et l'excellence 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.

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

- Prendre connaissance des rapports trimestriels de 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;
 - assurer le suivi des rapports du Protecteur du citoyen;
 - assurer le suivi des rapports du Bureau du coroner.
- Créer des logigrammes pour les rapports de coroner et les avis d'intervention du Protecteur du citoyen, afin d'assurer les processus et établir les responsabilités.
- Assurer le suivi du plan d'action pour la prévention des infections nosocomiales.
- Assurer le suivi de la démarche d'Agrément.
- Effectuer un sondage de culture de sécurité.
- Élaborer le Plan de sécurité des usagers du CIUSSS-EMTL pour respecter la POR tel que requis par Agrément Canada.
- Établir les grands axes pour la cartographie des risques.
- Élaborer le Cadre de prestation sécuritaire des soins et des services.
- Élaborer une pyramide des risques et identifier les risques organisationnels et les risques d'affaires.
- Réviser le Règlement du comité de gestion des risques du CIUSSS-EMTL.
- Effectuer un suivi concernant la gestion des risques pour le dossier Optilab.
- Faire le suivi de la semaine de la sécurité au CIUSSS-EMTL.
- Faire le suivi concernant la gestion des risques du site d'injection supervisée (SIS) du CIUSSS du Centre-Sud pour connaître les mécanismes de suivi de l'information entourant les mécanismes de déclaration.
- Identifier les principaux comités partenaires du comité de gestion des risques.
- S'informer sur la structure de concertation des mesures d'urgence et de la sécurité civile ainsi que les plans harmonisés par le comité sur la prévention et mesures d'urgence (PMU).
- Assurer un suivi dans le cadre du nouveau comité sur la maltraitance, mis en place pour respecter la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Les trois principaux types d'incidents (indices de gravité

A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont : la médication (total 743, 3,6 %), le matériel (total 4 076, 1 %) et le traitement (total 202, 1 %) :

- 2 554 incidents;
- 12,5 % 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 9 690, 47 %), la médication (total 4 076, 20 %), la catégorie autre (par exemple blessure d'origine inconnue, plaie de pression) (total 2 719, 13 %) :

- 17 878 accidents;
- 87,5 % par rapport à l'ensemble des événements.

Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment sont :

- Harmoniser et réviser les outils de gestion des risques;
- Organiser des activités et promotion entourant la Semaine de sécurité (2017);
- Harmoniser le registre des formations en gestion des risques;
- Mettre en place un comité Intranet et mettre à jour la section « gestion des risques »;
- Harmoniser la procédure des alertes et rappels pour le CIUSSS-EMTL;
- Mettre en place le registre, la base de données et le tableau de bord des recommandations;
- Mettre en place le cadre de prestation sécuritaire de soins et de services des usagers;
- Développer le plan de sécurité du CIUSSS-EMTL.

Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance :

- les alertes et rappels;
- le rapport de prévention : chutes, erreurs de médication;
- cartographie des risques dans les secteurs les plus vulnérables;
- les suivis des rapports de coroner, protecteur du citoyen, événements sentinelles.

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSSS)

Un rapport annuel détaillé a été rédigé par la Direction des services – pratiques professionnelles DSM-PP) en collaboration avec la Direction des soins infirmiers – pratiques professionnelles (DSI-PP) ainsi que les programmes clientèle visées par la pratique du recours

d'exception à des mesures de contrôle, notamment par la Direction des programmes en santé mentale et dépendance (DSMD) et la Direction du programme de soutien aux personnes âgées (DSAPA). Le document a été déposé au Comité vigilance et qualité (CVQ) à la fin du mois de mai 2018. Les principaux constats de pratique relevés pour l'exercice financier 2017-2018, sont les suivants :

- Travail préparatoire à la visite d'agrément des sec-teurs de la Direction programme santé physique générale et spécialisée a valu à l'organisation une conformité des activités cliniques associées au critère transversal hormis une recommandation en lien avec les aménagements physiques de la salle d'isolement de l'urgence de l'HSCO pour laquelle de actions sont en cours.
- Poursuite du plan d'action organisationnel découlant d'un rapport d'intervention élaboré suite à un rapport d'intervention déposé par le Protecteur du citoyen et appuyé par une enquête interne de la Commissaire locale aux plaintes. Le plan d'action visait plus particulièrement l'unité des soins intensifs de la DSMD. Plusieurs modalités d'intervention ont fait et font toujours l'objet d'un suivi en vue de maintenir une réponse approprié aux exigences de la pratique notamment par un suivi systématique des mesures de contrôle et de la documentation objectivée et complète du dossier client. Un exercice de monitoring a donc été assuré tout au cours de l'année ayant eu comme premiers impacts de favoriser l'application de mesures de contrôle en contexte d'intervention planifié, de systématiser l'obtention du consentement et d'influencer favorablement la durée d'application des mesures, indépendamment que le contexte soit planifié ou non.
- Taux de déclarations incidents/accidents en lien avec l'usage des mesures de contrôle plus aisément documenté avec l'outil de statistiques sur les incidents et accidents développé par la DQÉPÉ.
- Absence d'évènement en lien avec l'application de mesures de contrôle qui n'a pas occasionné de conséquences physiques permanentes à la clientèle bien que 74 % des incidents survenant avec l'usage de mesures de contrôle sont des chutes.
- Prévalence totale du recours aux mesures de contrôle à la DSPA-volet hébergement est stable ou en diminution pour la majorité des CHSLD. Pour les taux de prévalence plus élevés, ceux-ci demeurent en deçà de la cible ministérielle définie pour cette clientèle.

À la suite de ces constats, les priorités émergentes d'action pour l'année 2018-2019 sont les suivantes :

- établir un calendrier de suivi des indicateurs de processus et de résultats, de façon trimestrielle, pour chaque direction clientèle où le contexte de soins alloue l'utilisation des mesures de contrôle;
- identifier des cibles de prévalence d'application de

mesures de contrôle, pour chaque direction clientèle, selon le programme, en fonction des meilleures pratiques appuyées par les données probantes.

Les recommandations du comité de gestion des risques et les suivis de l'établissement en lien avec les priorités en matière de :

- Gestion des risques d'incidents/accidents :
 - Adoption du Cadre de référence en gestion intégrée de la performance et de la qualité, ainsi que le Cadre de prestation sécuritaire des soins et des services. Le comité de gestion des risques (CGR) réitère la priorité organisationnelle d'offrir des soins et services de qualité en regard à la sécurité;
 - Plan de sécurité des usagers du CIUSSS-EMTL contient six axes d'actions prioritaires pour lesquels le CIUSSS-EMTL s'engage à mettre en place des actions pour réduire et prévenir les risques aux usagers;
 - Migration vers un seul système de saisie (SISSS).
- Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales :
 - Processus d'élimination des zones grises;
 - Révision des produits de nettoyage;
 - Nettoyage des usagers par lingettes de chlorhexidine pour les unités avec BGNPC;
 - Plan d'action en place pour une cohorte BGNPC;
 - Définition des enjeux, des défis pour une dimension plus globale du CIUSSS-EMTL;
 - Suivi des indicateurs du Programme québécois de soins sécuritaires faisant partie du Plan de sécurité des usagers du CIUSSS-EMTL;
 - Présentation des résultats d'audits sur la prévention

et le contrôle des infections (PCI) auprès du CGR

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVQ)

Ghislaine Prata	présidente du comité, membre du conseil d'administration
Yvan Gendron	président-directeur général
Carl McCourt	membre du conseil d'administration désigné par le comité des usagers (depuis le 1 ^{er} septembre 2016 à octobre 2017)
Djamila Benabdelkader	membre du conseil d'administration, indépendante
Diane Desjardins	commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Invités permanents

Pierre Shedleur	président du conseil d'administration (depuis le 1 ^{er} septembre 2016)
Marlène Galdin	directrice de la qualité, évaluation, performance et éthique (depuis le 1 ^{er} décembre 2016)
Émilie Mercier	membre du conseil d'administration
Sabina Sanzari	membre du conseil d'administration (depuis le 26 janvier 2017 à la fin octobre 2017)

Bilan des activités

Le comité a tenu six rencontres au cours de l'année avec un taux de participation des membres de 83 %. De plus, une rencontre de travail s'est tenue.

Voici les sujets abordés :

Dossiers complémentaires

SUJET	6 avril	1 ^{er} juin	8 sept.	19 oct.	30 nov.	24 jan.
Tableau de bord d'appréciation de la qualité des services offerts			X	X	X	X
Tableau de bord de suivi des recommandations	X	X	X	X	X	X
Mot du commissaire ou rapport du régime d'examen des plaintes			X (P1 à P3)	X	X (P4 à P6)	X (P7 à P9)
Comité des usagers du centre intégré (CUCI)					X	
Bureau de l'évaluation de l'expérience patient : résultats et suivis	X		X	X	X	X
Visite d'agrément : résultats, suivis et visite	X		X	X	X	X
Gestion des risques : résultats et suivis	X			X		X
Coroner : résultats et suivis	X			X		X
Inspection professionnelle : résultats et suivis	X		X	X	X	X
Prévention et contrôle des infections : résultats et suivis	X			X		X
Programme québécois des soins sécuritaires				X		
Curateur public : résultats et suivis				X		X
Protecteur du citoyen	X			X		X
Trajectoire de services					X	
Visites d'appréciation de la qualité (MSSS) : résultats et suivis		X	X		X	
Soins en fin de vie					X	
Bilan biennuel – liste d'attente en chirurgie		X			X	
Entente de gestion et d'imputabilité (EGI)		X		X		X

Au cours de l'année, les dossiers suivants ont été présentés au CVQ pour :

- Commenter et recommander les cadres de référence de la performance et de la qualité, de la prestation sécuritaire des usagers, de l'éthique clinique et le plan de sécurité. De plus, le code de l'éthique du CIUSSS-EM-TL a été modifié pour être en accord avec le cadre conceptuel en éthique clinique et les valeurs organisationnelles.
- Recommander, pour adoption, le règlement sur la divulgation de l'information nécessaire et mesure de soutien à un usager et aux proches à la suite d'un accident, le protocole d'application des mesures de contrôle des personnes, le règlement pour contrer la maltraitance envers les aînés vulnérables et la révision du règlement du comité de gestion des risques.
- Commenter la politique de suivi des recommandations issues d'une instance qualité

Nombre d'avis ou de recommandations envoyés au conseil d'administration : 35

	6 avril 2017	1 ^{er} juin 2017	8 sept. 2017	19 oct. 2017	30 nov. 2017	24 jan. 2018
Nombre d'avis ou recommandations envoyés au C.A.	4	15	1	4	5	6

Avis ou recommandations émis au C.A. par le CVQ au cours de l'année

Le comité de vigilance et de la qualité a pris connaissance et fait le suivi des recommandations qui lui ont été acheminées. Pour l'année 2017-2018, le CVQ a recommandé au C.A. 35 avis ou recommandations. Les 35 recommandations suivantes ont été adoptées par le C.A. :

- Règlement et procédure sur la divulgation de l'information nécessaire et mesures de soutien à un usager et aux proches à la suite d'un accident, tels que présentés.
- Rapport annuel 2015-2016 du comité des usagers du centre intégré (CUCI) et de le transmettre au MSSS, suite à son adoption.
- Résumé du rapport trimestriel sur la sécurité des usagers allant de la période financière 1 à la période financière 11, de l'année 2016-2017.
- Suivis du comité de prévention et de contrôle des infections pour lesquels l'établissement a des cibles à respecter à l'entente de gestion et d'imputabilité avec le MSSSS ou pour lesquels il y a des cibles proposées par l'INESSS.
- Protocole des mesures de contrôle des personnes.
- Politique « Contrer la maltraitance envers les aînés vulnérables », telle que présentée.
- Entente de gestion et d'imputabilité de 2017-2018.
- Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits et du médecin examinateur.
- Dépôt du bilan 2016-2017 de la qualité des services des laboratoires.

- Rapport annuel 2016-2017 du comité des usagers du centre intégré (CUCI) et qu'il transmette au MSSS le rapport annuel du comité des usagers du centre intégré (CUCI) ainsi que la description des suivis que le conseil d'administration a accordés, ou qu'il entend donner aux recommandations formulées à son attention, par son CUCI.
- Dépôt du rapport annuel 2016-2017 du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).
- Dépôt du rapport annuel 2016-2017 du conseil des infirmières et infirmiers (CII).
- Dépôt du rapport annuel 2016-2017 du conseil multidisciplinaire (CM).
- Dépôt du rapport annuel 2016-2017 du comité de gestion des risques (CGR).
- Dépôt du rapport annuel 2016-2017 sur les activités de l'éthique clinique.
- Nomination des membres du comité d'éthique de la recherche pour 2017-2018 tels qu'énumérés aux présentes, et reconduite, pour l'année 2017-2018, le mandat du Dr Stéphane P. Ahern dans ses fonctions de président intérimaire du comité d'éthique de la recherche.

- Rapport 2016-2017 du comité d'éthique de la recherche.
- Dépôt du rapport bi-annuel – décembre 2016-2017 – sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.
- Rapport 2016-2017 du comité de vigilance et de la qualité.
- Rapport financier et du formulaire de validation des paramètres budgétaires du CUCI.
- Règlement du comité de gestion des risques tel que déposé.
- Rapport trimestriel P1 à P4 de la gestion des risques.
- Suivis du comité de prévention et de contrôle des infections.
- Prendre connaissance du tableau de suivi de l'EGI 2017-2018.
- Cadre de référence en gestion intégrée de la performance et de la qualité.
- Cadre de référence en prestation sécuritaire de soins et de services des usagers.
- Rapport semestriel de juin à décembre 2017 sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.
- Bilan semestriel de la liste d'attente en chirurgie.
- Addenda à l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018.
- Code d'éthique et de déontologie des administrateurs révisé.
- Cadre conceptuel en éthique.
- Code d'éthique révisé.

- Rapport trimestriel P1 à P7 sur la sécurité des usagers de la gestion des risques.
- Résultats aux indicateurs et cibles suivis par le comité de prévention et de contrôle des infections pour la période 9.
- Tableau de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2017-2018

Résultats obtenus en fonction du mandat du comité

Au cours de l'année, pour continuer à améliorer son fonctionnement, les membres du CVQ ont porté une attention particulière à six principaux objectifs :

- *Développer un tableau de bord (TB) d'appréciation de la qualité, selon le modèle de performance du CIUSSS-EMTL, avec des cibles à atteindre pour évaluer la performance organisationnelle.*
 - Pour réaliser cet objectif, un prototype de TB de l'appréciation de la qualité a été présenté à chaque CVQ. Ce prototype était continuellement en amélioration en fonction des commentaires des membres. Pour atteindre, les plus hauts standards de qualité, ce prototype sera modifié pour mieux soutenir les membres dans leur rôle de vigie relié à la qualité et à l'accessibilité.
- *Élaborer une politique afin de clarifier les processus entourant la nature et le cheminement des recommandations qui doivent être acheminées au CVQ pour suivi, et s'assurer qu'un TB puisse fournir une lecture synthétique des suivis des recommandations. La mise en œuvre du TB permettra au comité de mieux suivre les recommandations des différentes instances et de pouvoir faire les liens avec les informations afin d'améliorer la qualité des services et des soins offerts.*
 - La politique de suivi des recommandations issues d'une instance qualité a été adoptée au Codir le 27 mars 2018. La politique vise à dresser un portrait de l'ensemble des recommandations en lien avec la qualité et l'accessibilité des soins et des services. Cette politique permettra de se doter de moyens pour exercer un rôle de supervision des actions et des interventions posées au sein à l'établissement.
 - À chaque rencontre du CVQ, un prototype de TB de suivi des recommandations a été présenté aux membres. Au fur et à mesure de nouvelles sources pouvant émettre des recommandations ont été intégrées.
- *S'assurer que les préoccupations qui sont apportées par les membres puissent avoir un suivi.*
 - Au cours de l'année, le CVQ a suivi l'avancement des travaux des préoccupations apportés par les membres. Les dossiers suivants ont été suivis :
 - bris de services pour les soins à domicile;
 - plan d'action pour améliorer l'utilisation des mesures de contrôle à l'IUSMM;
 - plan d'action pour améliorer les démarches entre les parties prenantes en cas de fraudes;

- insatisfaction au centre de prélèvement CLSC Saint-Léonard;
- accès aux services en langue anglaise;
- plan d'action pour remédier aux débordements dans les urgences dans un délai de 48 heures.

- *Avoir un portrait des comités qui analysent et soutiennent l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, afin de réduire la documentation à analyser par les membres du CVQ – partir de leurs analyses et s'assurer que les processus sont en place.*
 - Les modifications des TB de l'appréciation de la qualité et du suivi des recommandations aspirent à répondre à cette exigence. Au cours de l'année, de nouvelles sources d'informations qui émettent des recommandations à l'établissement ont été intégrées au TB.
- *Améliorer les sommaires de gestion afin de communiquer les éléments essentiels d'analyse.*
 - Pour répondre à cette préoccupation, le sommaire de gestion du CVQ a été modifié. En effet, le nouveau sommaire de gestion permet de mieux synthétiser l'information pour ainsi présenter les principaux résultats et l'analyse des forces et des défis.
- *Augmenter le temps de réunion de ce comité à trois heures.*
 - Les rencontres du CVQ sont d'une durée de 3 heures.

Par ailleurs, le CVQ a eu une attention particulière sur l'avancement des travaux de la visite d'agrément de décembre 2017. Au cours de l'année, le CVQ a été tenu informé des préparatifs pour répondre aux exigences d'Agrément et du suivi de l'état d'avancement des travaux entourant le suivi de la visite d'Agrément de décembre dernier.

Rapport du coroner

Pour la période couvrant le 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018, le CIUSSS-EMTL a reçu six rapports du Bureau du coroner comportant huit recommandations visant directement l'établissement :

- **Révision de la procédure de gestion des délais du guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) :** processus de priorisation des demandes GASMA révisé.
- **Évaluation du dossier médical :** en cours auprès du comité de l'évaluation de l'acte du CMDP.
- **Accessibilité des cloches dans les salles de bain :** vérification de l'accessibilité et de la fonctionnalité des cloches d'appel sur l'unité réalisée.
- **Évaluation du risque de chute :** révision du protocole et des meilleures pratiques par le *Comité interdisciplinaire sur la prévention des chutes et de l'utilisation des mesures de contrôle.*

- Mise en place d'outils de communication avec les proches d'un patient en statut d'hébergement en santé mentale et révision des pratiques en matière de signalement d'une absence d'un patient en statut d'hébergement à sa famille: comité mis en place pour la réalisation d'un plan d'action.
- Analyse des décisions médicales prises: amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients à l'urgence en santé mentale: analyse approfondie multidirectionnelle et plan d'action élaboré et cas étudié lors d'une étude morbidité/mortalité dans le département de psychiatrie.
- Amélioration du suivi postopératoire: élaboration de dépliants remis aux patients ayant une intervention aux seins. Cas étudié de façon approfondie lors d'une étude morbidité/mortalité dans le département de chirurgie.

De plus, un rapport envoyé par le Collège des médecins, adressant une recommandation à tous les établissements du réseau. Celle-ci touche la salle d'urgence et la prise en charge d'un patient avec hyperkaliémie. Cette recommandation a été implantée. Un deuxième rapport

a été envoyé par le MSSS, adressé également à tous les établissements du réseau. Ce dernier rapport touche la clientèle qui refuse les transfusions sanguines. Un comité ad hoc interdisciplinaire travaille sur la proposition de procédures harmonisées ainsi que sur des brochures d'informations pour cette clientèle spécifique. Le volet éthique et juridique sera pris en compte tout au long de ces travaux.

Pendant l'année 2017-2018, il y a eu recension de 429 rapports du coroner en provenance d'autres régions de la province de Québec. Les thématiques les plus souvent identifiées et qui font partie des suivis sont les suivantes:

- application du niveau de soins;
- application des mesures de contrôle;
- évaluation du risque de chute;
- évaluation du risque suicidaire;
- ressources disponibles dans la communauté;
- responsabilité populationnelle vis-à-vis les ressources privées.

RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT DIRECTEMENT LE CIUSSS-EMTL (incluant les installations contractuelles sur le territoire)	RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT D'AUTRES CIUSSS (les conclusions sont transposables au CIUSSS-EMTL)
6 rapports du coroner	2 rapports du coroner
2 recommandations complétées	1 recommandation complétée
-	1 recommandation + comité <i>ad hoc</i> (en cours)

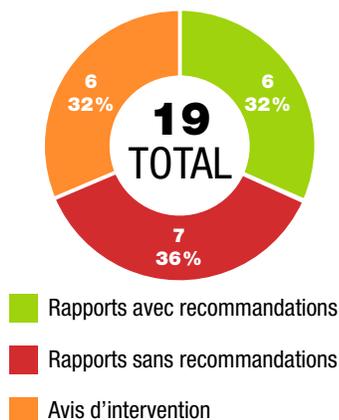
Rapports du Protecteur du citoyen

Pendant la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018, le CIUSSS-EMTL a reçu dans l'ensemble 19 dossiers du Protecteur du citoyen (PduC). Cela inclut six avis d'intervention et treize rapports. Les treize rapports reçus peuvent être divisés ainsi: sept d'entre eux ne contenaient aucune recommandation et six rapports avaient des recommandations.

Au total, il y a 11 recommandations, dont neuf étant terminées, et deux autres en cours de réalisation et impliquant des suivis trimestriels auprès du PduC. Les 11 recommandations touchaient quatre dynamiques distinctes:

1. le volet éthique dans l'application de l'octroi des heures de soins à domicile (trois recommandations);

Graphique 7,1
Répartition des rapports et des avis de Protecteur du citoyen



Graphique 7,2
Répartition des recommandations des rapports par statut



2. l'accessibilité aux rendez-vous en cliniques externes (deux recommandations);
3. la qualité de l'environnement dans le secteur de la dialyse (trois recommandations);
4. la qualité du suivi à domicile pour les soins palliatifs (deux recommandations).

Il y a deux recommandations pour lesquelles des suivis trimestriels sont faits afin d'indiquer l'avancement de l'implantation du plan d'action et permettre l'amélioration de la qualité.

À la fin de l'année financière, le CIUSSS-EMTL était en action auprès de deux ressources externes avec qui il a des contrats. Les interventions visent l'amélioration de la qualité et sont entamées sous le volet de la responsabilité populationnelle. Le rapport d'avis d'intervention du PduC est attendu en début d'année 2018-2019.

Recommandations au CVQ pour l'année 2018-2019

- *Rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services :*
La commissaire aux plaintes et à la qualité n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services au CVQ.
- *Rapport du comité de révision*
Le comité de révision a émis trois recommandations en matière de la qualité des services au CVQ :
 - Le comité tient à rappeler l'importance de l'information dispensée aux patients et de la qualité des communications à entretenir avec ceux-ci.
 - En regard des révisions de plaintes effectuées cette année, il est souhaité qu'une importance particulière soit accordée aux renseignements à fournir aux patients avant que ceux-ci subissent une intervention chirurgicale afin que leur consentement puisse être donné de manière éclairée.
 - Il est également recommandé qu'une attention soit portée afin que soient diminués les délais dans le classement des notes aux dossiers des patients au niveau du service des archives.
- *Comité des usagers du centre intégré (CUCI)*
Le CUCI a émis deux recommandations en matière de la qualité des services au CVQ :
 - Que l'établissement s'assure de mettre en place les processus pour que le respect des particularités culturelles soit garanti.
 - Maintenir nos ressources et les services qui y sont associés dans nos CLSC en freinant l'exode de ceux-ci vers le réseau privé.
- *Conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)*
Le CMDP n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services au CVQ.

- *Comité des infirmières et des infirmiers (CII)*
Le CECII n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services au CVQ.
- *Conseil multidisciplinaire (CM)*
Le CECM n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services au CVQ.
- *Comité de gestion des risques (CGR)*
Le CGR a émis trois recommandations en matière de la qualité des services au CVQ :
 - Afin de dresser un meilleur portrait de la sécurité des usagers dans le but d'agir le plus adéquatement possible, le CGR recommande au CVQ de l'appuyer dans la mise en œuvre d'une structure de gouvernance entre le CGR et les comités partenaires identifiés.
 - Afin de réduire l'un des facteurs de risque en lien avec la prestation sécuritaire des usagers, il est recommandé de continuer de suivre le déploiement des procédures de codes de couleurs dans les différentes installations. Plus particulièrement, ce qui touche les codes en lien avec les arrêts cardiaques (code bleu) et arrêts cardiaques pédiatriques (code rose).
 - Afin de réduire l'un des facteurs de risques les plus fréquents dans l'établissement, il est recommandé de suivre les travaux concernant les risques de chutes.
- *Rapport d'activité de l'éthique clinique et organisationnelle*
Le rapport d'activité de l'éthique clinique et organisationnelle n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services au CVQ
- *Comité d'éthique de la recherche (CÉR)*
Le CÉR n'a émis aucune recommandation en matière de la qualité des services au CVQ.

Tronc commun des recommandations qui ressortent à la suite de l'analyse de ces rapports

L'analyse du tronc commun met en évidence les principales tendances des recommandations reçues pour améliorer la qualité des services. Pour l'année 2017-2018, les recommandations émises peuvent être regroupées en fonction de deux principaux thèmes.

- *Consolider le rôle et améliorer l'efficacité des différents comités partenaires de la sécurité de l'utilisateur :*
 - Améliorer l'identification des meilleures pratiques et développer la synergie des actions en vue d'être plus pertinent dans les solutions à mettre en place en regard des problématiques issues des analyses.
 - Poursuivre les travaux de révision concernant les processus reliés aux codes de couleurs.
 - Suivre les travaux concernant le risque de chutes.
- *Améliorer la collaboration avec les usagers et les ci-*

toyens :

- Sensibiliser le personnel et les gestionnaires à l'importance de l'information dispensée aux usagers et de la qualité des communications entretenues avec ceux-ci.
- Informer sur les renseignements à fournir aux usagers pour un consentement éclairé.
- Diminuer les délais dans le classement des notes aux dossiers des patients au niveau du service des archives.
- Être attentif aux particularités culturelles des usagers du CIUSSS-EMTL.

Recommandations du CVQ

Conclusion que le CVQ tire, après avoir établi les liens systémiques entre ces rapports de recommandations et les dossiers spécifiques présentés au cours de l'année

- Considérant le résultat de l'analyse du tronc commun des recommandations émises, le premier thème sur la consolidation du rôle et de l'amélioration de l'efficacité entre les différents comités partenaires de la sécurité de l'utilisateur semble bien actualisé par les suivis et les recommandations du CGR.
- Quant au deuxième thème du tronc commun des recommandations, il est porté sur le fait de soutenir l'implication des patients partenaires tant dans l'amélioration des soins et services que dans leur propres soins. Cette préoccupation rencontre celle de la norme d'Agrément Canada qui porte sur l'apport et la collaboration de l'utilisateur et de ses proches dans l'amélioration de la qualité des soins et services. Dans le rapport de la visite de 2017 d'Agrément Canada, ce point est apparu comme l'un des points forts du CEMTL, mais pour lequel une attention particulière de soutien est à apporter pour ne pas risquer de s'éteindre.
- Finalement, l'analyse de l'appréciation globale de la qualité et de l'accessibilité des services offerts au CEMTL porte principalement sur des indicateurs et données reliés aux dimensions « sécurité » et « réactivité », il serait opportun de mettre en lumière des indicateurs permettant d'apprécier la pertinence et l'efficacité clinique. Ces informations permettraient d'améliorer la vision de la qualité des soins et services offerts et de l'optimisation des ressources nécessaires pour assurer son plein développement.
- *Recommandation quant à la qualité des soins et des services*

Attendu que le CVQ doit recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au CA et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes, en vertu de l'article 181.0.3 de la LSSSS :

2° établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions néces-

saires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe 3°, en vertu de l'article 181.0.3 de la LSSSS;

3° faire des recommandations au CA sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers, en vertu de l'article 181.0.3 de la LSSSS;

Sur proposition dûment faite et appuyée, il est résolu à l'unanimité :

Que l'établissement poursuive ses efforts dans le développement d'une culture de partenariat avec les usagers.

Que l'établissement présente au CVQ ces travaux relatifs à la pertinence clinique afin que le CVQ puisse mieux répondre son exigence d'analyser les indicateurs portant sur la pertinence et l'efficacité des services rendus.

Perspectives d'action pour la prochaine année

Pour l'année 2018-2019, considérant ces exigences légales et l'ampleur de la documentation soumise au CVQ, les membres souhaitent mettre en place trois principaux objectifs soient :

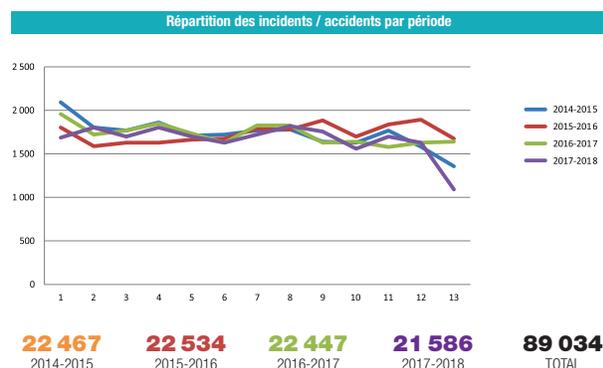
- Améliorer la synthèse des documents déposés au CVQ pour faire ressortir les faits saillants.
- Poursuivre le développement des deux TB sur l'appréciation de la qualité et le suivi des recommandations. Par ailleurs, pour améliorer le fonctionnement du comité, les membres souhaitent que les principaux dossiers du plan de travail, lorsque requis, soient intégrés à l'un ou à l'autre des TB. Cette intégration favorisera l'analyse des tendances et soutiendra le CVQ à porter un jugement sur l'accessibilité et la qualité des services offerts, d'identifier les forces et les faiblesses, de se comparer et de suivre l'évolution des résultats.
- Modifier le plan de travail pour répondre aux nouvelles exigences du MSSS. Pour ce faire, de nouveaux dossiers spécifiques seront dorénavant suivis au CVQ, soit l'environnement sans fumée, la maltraitance, les ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF). De plus, en fonction des commentaires des membres, le rapport sur les contentions sera dorénavant suivi deux fois par année.

Comité de gestion des risques

Le comité de gestion des risques réalise le suivi tri-

mestriel des rapports d'incidents/accidents sous la responsabilité de l'établissement.

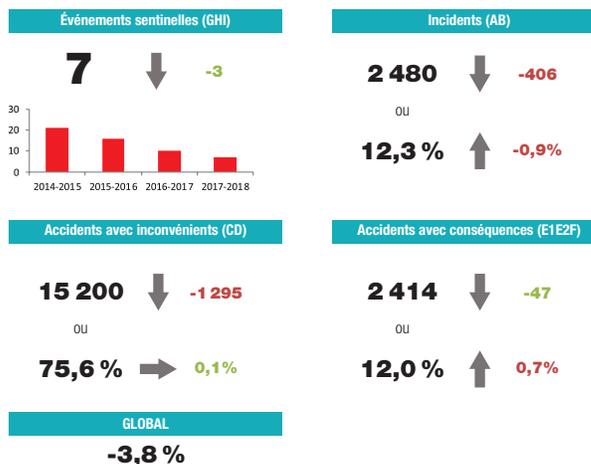
Graphiques indiquant le volume périodique d'AH-223 sur 4 ans



De manière générale, une augmentation du nombre de déclarations par rapport à l'année dernière est constatée. La baisse de volume caractéristique de la période 13 est toujours présente pour la période précédant l'extraction. Cet écart s'explique par le délai de saisies et de transmission des rapports papiers et de la saisie téléphonique. On estime que près de 500 déclarations resteraient à saisir, ce qui viendrait augmenter de presque 2 % par rapport à l'année dernière.

Cependant, il y a une baisse de la proportion d'incidents (A, B) déclarés. Cela représente donc une autre opportunité d'amélioration. On peut aussi constater une légère baisse de la proportion des événements avec conséquences (E1 et +), qui est de l'ordre de 0,2 %. D'ailleurs, le nombre d'événements sentinelles ayant eu des conséquences permanentes chez les patients a diminué d'année en année depuis la création du CIUSSS-EMTL. Bien entendu, la cible demeure de n'en compter aucun.

Au niveau des types d'événement, le portrait est très semblable aux dernières années. Les chutes dominent toujours les types d'accidents déclarés avec plus de 40 % des déclarations, suivi des erreurs de médications et des événements de type « autres ». Pour les chutes, les gestionnaires jugent que quatre fois sur cinq les causes pouvant expliquer ces événements sont liées à la personne touchée. Il est question d'un usager qui glisse, qui tombe ou qui est trouvé par terre, le tout dû à des fai-

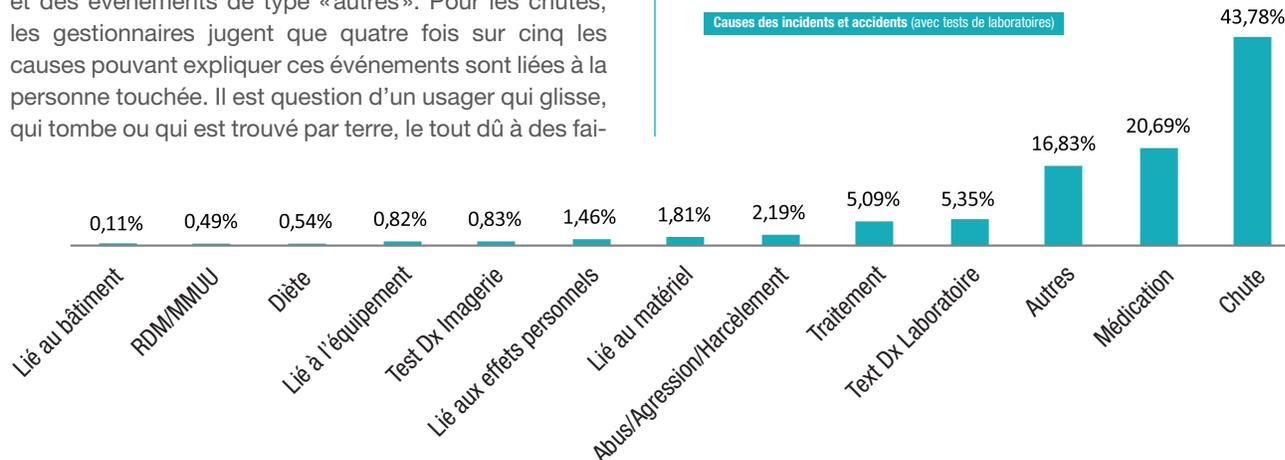


blessees, des déplacements rapides ou d'un obstacle qui se trouve sur son chemin.

Dans le cas des erreurs liées à la médication, les circonstances sont surtout de l'ordre de l'omission d'administration d'un médicament, de la dose et/ou du débit et du non-respect d'une procédure ou d'un protocole. Les causes pouvant expliquer ces événements sont surtout liées à l'organisation du travail et aux facteurs humains.

Dans le cas des événements de type « autres », la nature des accidents le plus souvent sont déclarés sont les blessures d'origine inconnue, celles d'origine connue, les erreurs liées au dossier et les plaies de pression.

Chaque rapport du Coroner et du Protecteur du citoyen est analysé en profondeur par l'équipe de gestion des risques en collaboration avec les directions concernées. Les recommandations font l'objet de l'élaboration d'un plan d'action avec un suivi du taux de réalisation de ce plan. Le Comité de gestion des risques et le Comité de vigilance et de la qualité reçoivent un rapport trimestriel à ce sujet



Personnes mises sous garde

Garde en établissement de santé et de services sociaux

	IUSMM	HMR	HSCO	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive appliquées ¹	664	264	85	1013
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	509	219	77	774
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	(⁵)	(⁵)	(⁵)	10
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	(⁵)	(⁵)	(⁵)	10
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	(⁵)	(⁵)	(⁵)	10
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement ²	561	93	15	669
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) ³	473	81	14	568
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	344	48	12	412
Nombre d'usagers différents mis sous garde tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période) ⁴	510	221	77	777

Note 1 : Nombre de mises sous garde (MSG) préventive incluant celles pour lesquelles il n'y a pas eu de requêtes au tribunal (n=438) (données non détaillées dans le tableau, voir tableau complémentaire 1), celles suivies d'une requête de MSG provisoire (n=10) (en vert) ou d'une requête de MSG en vertu de l'article 30 (n=568) (en orange).

Note 2 : () Nombre trop petit pour en permettre la publication.

Note 3 : Nombre de requêtes faites au tribunal (n=669), incluant celles 1) pour une 1^{re} garde (n=466) ou un renouvellement (n=102) et 2) les désistements (n=101).

Note 4 : Les désistements sont exclus (n=101).

Note 5 : Ce total inclut les « annulations de garde provisoire » (ordonnance pour évaluation psychiatrique) qui ont été envoyées aux affaires juridiques/DSP ET les levées de garde (cessations de garde) qui ont été initiées par une autre installation (intra-CIUSS) ou tout autre établissement de santé (dans les cas de transfert).

L'examen des plaintes et la promotion des droits

TABLEAU COMPLÉMENTAIRE	IUSMM	HMR	HSCO	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive appliquées (sans requête au tribunal)	189	180	66	435
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive (sans requête au tribunal)	181	172	65	410

Faits saillants et plaintes traitées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

- 680 plaintes reçues en 2017-2018; 678 sont conclues en cours d'exercice;
- 922 motifs de plainte étudiés;
- 970 mesures d'amélioration sont mises en place (plaintes et interventions);
- 8 recommandations sont faites;

- 77,73 % des dossiers de plainte sont traités à l'intérieur du délai légal de 45 jours;
- 26 dossiers sont transmis au 2^e palier.

Nombre et motifs de plaintes par catégorie

Au cours de l'année 2017-2018, un total de 2 862 motifs a été étudié réparti selon le tableau ci-après.

MOTIFS	PLAINTES	ASSISTANCE	INTERVENTION	CONSULTATION	TOTAL
Accessibilité	178	559	21	4	762
Aspect financier	13	106	2	2	123
Autres	5	39	0	3	47
Droits particuliers	47	440	14	24	525
Organisation du milieu et ressources matérielles	95	128	31	4	258
Relations interpersonnelles	240	106	36	6	388
Soins et services dispensés	344	340	72	3	759
TOTAL	922	1718	176	46	2862

L'examen des plaintes et la promotion des droits par le médecin

Faits saillants et plaintes traitées par le médecin examinateur

- 169 plaintes reçues en 2017-2018; 182 sont conclues en cours d'exercice;
- 226 motifs de plainte étudiés;
- 35 mesures d'amélioration sont mises en place;
- 70,33 % des dossiers de plainte sont traités à l'intérieur du délai légal de 45 jours;
- 14 dossiers sont transmis au comité de révision.

Nombre et motifs de plainte par catégorie

Au cours de l'année 2017-2018, 226 motifs de plainte médicale sont étudiés et répartis selon le tableau ci-après.

MOTIFS DE PLAINTÉ	NOMBRE
Accessibilité	9
Autre	2
Aspect financier	1
Droits particuliers	15
Relations interpersonnelles	72
Soins et services dispensés	127
TOTAL GÉNÉRAL	226

Sur le site Web du CIUSSS-EMTL, 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-EMTL. 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 le personnel 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 la section «Commissaires adjoints, installations desservies et coordonnées» du site Web du CIUSSS-EMTL.

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

Résumé du rapport

Le président-directeur général doit, chaque année, 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 deux ans d'implantation, le CIUSSS-EMTL 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-EMTL 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 pour les six derniers mois d'activités, soit du 9 juin 2017 au 10 décembre 2017.

Voici l'état d'avancement de la mise en place du plan de développement des soins palliatifs 2015-2020:

Mise en place de huit groupes de travail étayés par l'expertise pertinente pour le déploiement du mandat:

- groupe interdisciplinaire sur les directives médicales anticipées (DMA), la sédation palliative et l'aide médicale à mourir (AMM);
- groupe interdisciplinaire sur la formation et le développement des compétences en soins palliatifs, selon le Plan ministériel de développement;
- groupe de proches aidants;
- groupe guichet universel;
- groupe de données et de reddition de compte;
- groupe de bénévoles et de soins spirituels;
- groupe de continuum de soins et de services de soutien à domicile (SAD);
- groupe de continuum Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Partenariats

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

- 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;

- l'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.

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. Au cours des six derniers mois, plus de *425 professionnels ont été formés*. Ces formations générales sont d'une durée de quatre heures et sont offertes 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. De plus, 325 préposés aux bénéficiaires des CHSLD ont été formés au volet 3 (formations particulières par type d'intervenant). CE volet est associé à l'approche par mentorat et la formation est spécifique à chaque type d'intervenants.

Ces formations sont en lien avec les volets 2 et 3 du plan ministériel du développement des compétences.

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 pré-visite d'Agrément a été effectuée à l'automne 2016.

Demandes réalisées

Voici les informations reliées aux activités de soins de fin de vie depuis l'implantation des activités :

PÉRIODE DU 10 DÉCEMBRE 2016 AU 9 JUIN 2017		
Activités	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 778
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	24
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	27
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	17
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	10 (6 demandes vers sédation, 2 patients décédés et 2 patients ont changé d'avis)

PÉRIODE DU 10 JUIN 2017 AU 9 DÉCEMBRE 2017		
Activités	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2 207
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	25
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	41
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	27
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	16 (4 patients décédés avant de recevoir le soin, 3 patients ont changé d'avis, 2 demandes sont en attente, 2 refus en raison d'inaptitude, 1 patient transféré dans un autre établissement à sa demande, 4 transferts vers sédation)

Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement

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

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				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1. Personnel d'encadrement	2014-15	1 013 351	2 332	1 015 683	558	660
	2015-16	870 836	1 726	872 562	480	592
	2016-17	824 491	3 381	827 872	454	563
	2017-18	765 217	2 472	767 690	422	508
	Variation	(24,5 %)	6,0 %	(24,4 %)	(24,5 %)	(23,0 %)
2. Personnel professionnel	2014-15	2 181 251	8 981	2 190 232	1 202	1 615
	2015-16	2 163 560	7 859	2 171 419	1 191	1 573
	2016-17	2 203 954	8 829	2 212 783	1 214	1 600
	2017-18	2 231 672	8 556	2 240 228	1 231	1 643
	Variation	2,3 %	(4,7 %)	2,3 %	2,4 %	1,7 %
3. Personnel infirmier	2014-15	5 910 881	246 536	6 157 417	3 170	4 279
	2015-16	5 941 513	243 843	6 185 357	3 188	4 255
	2016-17	5 939 444	263 182	6 202 626	3 175	4 242
	2017-18	6 068 147	361 281	6 429 428	3 238	4 419
	Variation	2,7 %	46,5 %	4,4 %	2,1 %	3,3 %
4. Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	10 014 657	145 208	10 159 865	5 538	7 708
	2015-16	9 979 563	139 915	10 119 478	5 518	7 466
	2016-17	9 832 458	180 009	10 012 467	5 439	7 485
	2017-18	9 759 886	240 401	10 000 286	5 398	7 508
	Variation	(2,5 %)	65,6 %	(1,6 %)	(2,5 %)	(2,6 %)
5. Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	2 369 214	22 503	2 391 717	1 209	1 817
	2015-16	2 295 592	25 943	2 321 535	1 172	1 772
	2016-17	2 245 568	19 021	2 264 589	1 147	1 727
	2017-18	2 257 361	29 457	2 286 818	1 154	1 778
	Variation	(4,7 %)	30,9 %	(4,4 %)	(4,6 %)	(2,1 %)
6. Étudiants et stagiaires	2014-15	37 091	144	37 235	20	135
	2015-16	31 203	65	31 268	17	118
	2016-17	29 327	46	29 374	16	113
	2017-18	25 122	28	25 150	14	85
	Variation	(32,3 %)	(80,9 %)	(32,5 %)	(32,9 %)	(37,0 %)
Total du personnel	2014-15	21 526 445	425 703	21 952 149	11 698	15 856
	2015-16	21 282 266	419 351	21 701 617	11 566	15 450
	2016-17	21 075 243	474 468	21 549 711	11 445	15 420
	2017-18	21 107 405	642 194	21 749 599	11 455	15 638
	Variation	(1,9 %)	50,9 %	(0,9 %)	(2,1 %)	(1,4 %)

Pour la période d'avril 2017 à mars 2018, l'établissement ne rencontre pas la cible ministérielle des heures rémunérées, des équivalents temps complets et des individus conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs. Certains investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs alloués par le ministre de la Santé et des Services sociaux,

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 financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice, ni au fonds d'exploitation ni au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2018, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

L'établissement subi, depuis sa création, une pression énorme. Plusieurs mesures d'optimisation ont été mises en place en 2017-2018, nos obligations en termes de réduction des délais d'attente ont occasionné un impact financier majeur.

Lors de la planification budgétaire 2017-2018, l'établissement s'était engagé à réaliser l'équivalent de 20 millions de dollars de mesures d'optimisation afin d'atteindre l'équilibre budgétaire. Toutefois, dès l'analyse des résultats de la période 6 se terminant le 16 septembre 2017, la projection au 31 mars 2018 démontrait l'incapacité d'être à l'équilibre budgétaire prévoyant plutôt un déficit de 16,2 M\$. Après avoir avisé le conseil d'administration et le MSSS, un plan d'équilibre budgétaire sur dix-huit mois, a été élaboré et déposé le 1^{er} novembre 2017 au MSSS. Par la suite, la situation s'est détériorée constamment à compter de la période 9.

Le déficit cumulatif au fonds d'exploitation en date du 31 mars 2018 est de 25 M\$.

La situation déficitaire s'explique entre autres, par les éléments suivants :

1. L'augmentation considérable due au taux d'assurance salaire a généré un déficit de 12 M\$.
2. Les mesures d'optimisation se sont réalisées à 33 % seulement, ce qui représente un déficit de 13 M\$.
3. La pression du délai d'attente aux urgences et l'achalandage croissant a obligé l'organisation à ouvrir plusieurs lits de débordements, ce qui a eu un impact financier de 5 M\$.
4. La réduction des listes d'attente en chirurgie a amplifié l'écart entre le financement et nos coûts d'interventions chirurgicales générant un déficit additionnel de 5 M\$.
5. L'accroissement de l'offre de services de l'aide à domicile a contribué pour 2,5 M\$ du déficit.

6. Par ailleurs, une demande de financement a été adressée au MSSS de l'ordre de 32 M\$. Cette demande est basée sur des situations particulières qui génèrent des déficits pour notre organisation en 2017-2018 pour 26 M\$ ainsi qu'un sous-financement d'années antérieures de 6 M\$. La réponse du MSSS a été favorable partiellement, un montant non récurrent de 13 M\$ a été octroyé.

Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 du Rapport financier annuel AS4-471 respectivement, sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 12 mai 2017, à l'aide du formulaire *Budget détaillé* RR-446.

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 service au 31 mars 2017

Contrats de services, comportant une dépense de 25000\$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de service avec une personne physique ¹	9	540 831,20\$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	111	59 084 827,02\$
Total des contrats de services	120	59 625 658,22\$

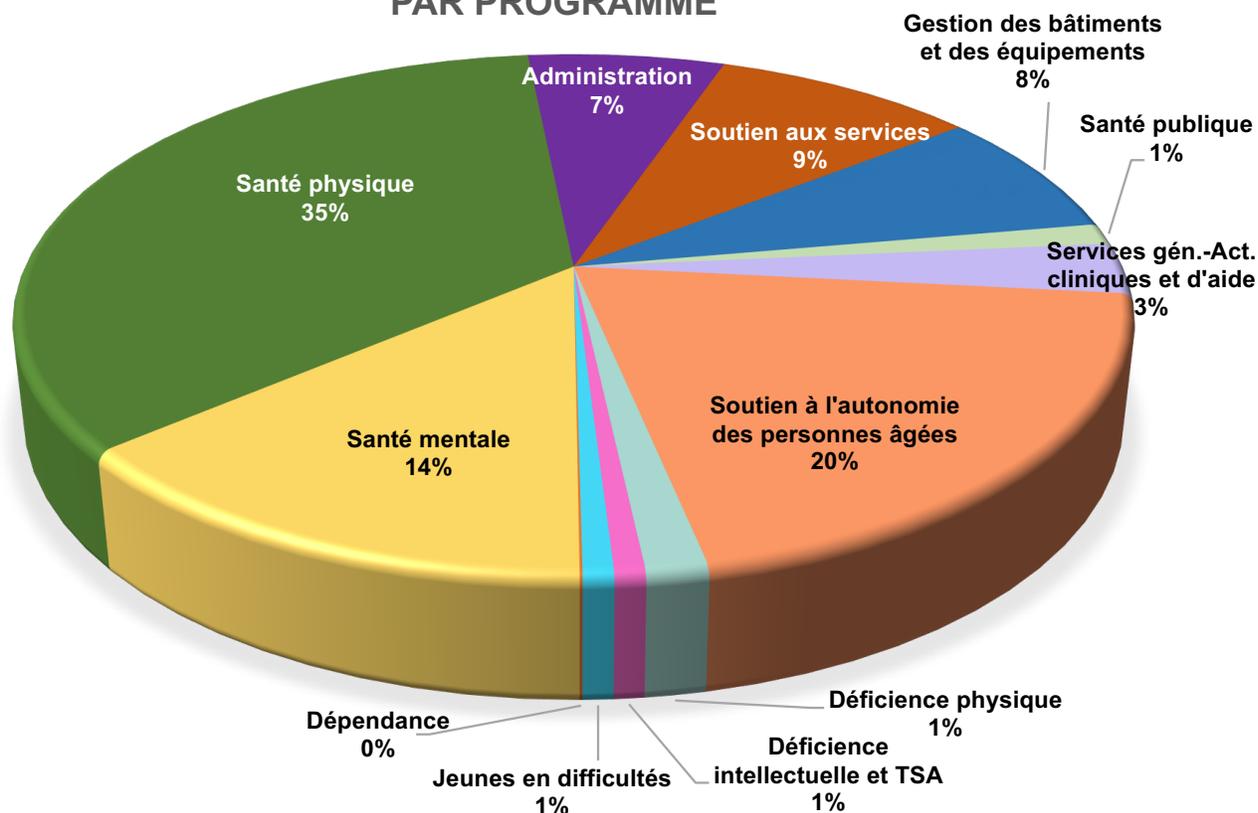
1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

Répartition des dépenses des activités principales par programme-service

PROGRAMMES SERVICES	MONTANT
Santé publique	11 458 548 \$
Services généraux – activités cliniques et d'aide	35 298 741 \$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	224 725 257 \$
Déficiência physique	17 053 551 \$
Déficiência intellectuelle et TSA	8 462 073 \$
Jeunes en difficultés	8 466 955 \$
Dépendances	766 894 \$
Santé mentale	155 625 315 \$
Santé physique	387 805 368 \$
PROGRAMMES SOUTIEN	
Administration	76 357 949 \$
Soutien aux services	102 376 424 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	87 746 955 \$
TOTAL DES DÉPENSES	1 116 144 030 \$

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur son site Internet, pour plus d'information sur les ressources financières.

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMME



État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS 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		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
(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
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
(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'usager 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
Dans le cadre d'un sondage sur l'unité de mesure "Usager" du sous-centre d'activités "5942 - Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave", nous	2016-2017	O		R		

n'avons pas été en mesure de retracer un document supportant l'intervention sélectionnée.						
L'unité de mesure "Intervention" du sous-centre d'activités "5922 - Intervention et suivi de crise" a été estimée, ce qui n'est pas conforme aux directives du Manuel de gestion financière.	2016-2017	O	Implantation et déploiement d'un logiciel facilitant la compilation des statistiques par les intervenants en 2018-2019. De plus, un processus sera mis en place pour assurer l'exactitude de la compilation des unités de mesure.			PR
Nous avons relevé des usagers compilés en double dans l'unité de mesure "Usager" du sous-centre d'activités "5922 - Intervention et suivi de crise".	2016-2017	O	Implantation et déploiement d'un logiciel facilitant la compilation des statistiques par les intervenants en 2018-2019. De plus, un processus sera mis en place pour assurer l'exactitude de la compilation des unités de mesure.			PR
Nous avons relevé des erreurs dans l'addition du nombre de visites de l'unité de mesure "Nombre de visites" du sous-centre d'activités "6172 - Soins infirmiers à domicile (santé mentale)".	2016-2017	O	L'erreur a été corrigée par Logibec. Nous recevons maintenant les statistiques régulièrement.			R
Des écarts entre les fichiers sources et le rapport cumulatif pour l'unité de mesure "Usager" du sous-centre d'activités "6363 - Centre de soins à la mère et au nouveau-né" ont été relevés.	2016-2017	O	Les statistiques sont compilées manuellement mais une validation quotidienne est faite par le chef d'unité et comparées avec les données de l'admission.			R
Nous avons relevé un manque d'approbation du registre de présence de l'unité de mesure "jour-présence" du sous-centre d'activités 6986-Foyer de groupe en santé mentale Adultes.	2017-2018	O	Un plan d'action sera mis en place en 2018-2019.			NR
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
(Applicable à HSCO, PDI et LT): Les privilèges relatifs aux accès ne sont pas toujours accordés et mis à jour selon les tâches et responsabilités des utilisateurs, comme exigé à la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2014-2015	C	Cette remarque est obsolète.			R
(Applicable à HSCO): Déficience du contrôle interne au niveau de GPRH: Pas de procédure formelle de revue des comptes d'utilisateurs et privilèges d'accès.	2014-2015	O	Cette remarque est obsolète.			R

(Applicable à HSCO): Contrôle de domaine: pas de procédure formelle de gestion des départs.	2014-2015	O	Cette remarque est obsolète.	R		
(Applicable à SLSM): Lors de notre audit des contrôles généraux informatiques, nous avons constaté que les applications locales ne sont pas sauvegardées à l'externe, contrairement aux applications financières qui sont sauvegardées au Technocentre.	2014-2015	C	Les sauvegardes à l'externe des applications locales seront assurées suite au déploiement de l'anneau de fibre optique multi-sites HMR-HSCO-IUSMM-LT, prévu en 2017-2018 et 2018-2019. D'ici ce déploiement, un processus de sauvegarde à l'externe des applications locales de SLSM est assuré.		PR	
Des comptes à recevoir de 937 021 \$ en 2017 relatifs aux activités de recherche ont été présentés en déduction des revenus reportés au lieu d'être présentés dans les débiteurs.	2014-2015	O	La présentation des comptes à recevoir sur les projets de recherche a été revue.	R		
Rapport à la gouvernance						
(Appartient à PDI): Les politiques portant sur la sécurité ne sont pas reconnues par les nouveaux employés lors de l'embauche, tel qu'exigé à la mesure 8 du Cadre global de gestion.	2014-2015	O		R		
(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	La classification des actifs informationnels, dans une approche CIUSSS, est déjà amorcée et sera complétée d'ici la fin de l'exercice financier 2018-2019.		PR	
(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	Les pilotes et les détenteurs d'accès sont tous identifiés. Une procédure encadrant la gestion des accès sera mise en place en 2018-2019.		NR	
(Appartient à PDI): La direction a mis en place au cours de l'exercice 2011-2012 un processus de	2014-2015	O	Un plan d'audit a été préparé en 2017-2018 et est en cours de		PR	

<p>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.</p>			<p>réalisation. Ce plan d'audit sera mis à jour en 2018-2019.</p>			
<p>(Appartient à PDI): Aucun inventaire, ni suivi des coupons et des billets qui sont commandés par le chef du service alimentaire pour fins de vente dans la cafétéria des centres d'hébergement n'est fait. Donc, il existe un risque de vol ou d'erreur de coupons sans qu'aucune personne ne puisse le contrôler.</p>	2014-2015	O	<p>Un contrôle de la séquence numérique a été mis en place pour toutes les installations.</p>	R		
<p>Nous avons observé que des utilisateurs des applications GRF peuvent créer une écriture de journal et peuvent aussi approuver cette écriture de journal.</p>	2016-2017	O	<p>Le module d'autorisation des écritures a été mis en place en 2017-2018. Suite au commentaire, l'accès a été modifié pour empêcher qu'un utilisateur enregistre une écriture et l'approuve.</p>		PR	

– 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 DU MEMBRE	19
ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	20
ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	21
ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS.....	22
ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN	23

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

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

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 assujetti 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.

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

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.

Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

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.

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.

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.

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.

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.

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

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

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.

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.

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.

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).

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.

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 II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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 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>		
<p>1. Intérêts pécuniaires</p>		
<p><input type="checkbox"/> Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.</p>		
<p><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] :</p>		
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>2. Titre d'administrateur</p>		
<p><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 _____.</p>		
<p><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]:</p>		
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>3. Emploi</p>		
<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>		
<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.</p>		
<p>_____</p>		
<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Signature</p>	<p>Date [aaaa-mm-jj]</p>	<p>Lieu</p>

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe VI – Signalement d’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