

Rapport annuel 2014-2015

INSTALLATION CENTRE DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA POINTE-DE-L'ÎLE

Table des matières

Déclaration de fiabilité des données	3	Direction de soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique	19
Rapport de la direction	3	Hébergement	19
Planification stratégique 2011-2015	4	Soutien à domicile, ressources intermédiaires et centre de jour	19
Conseil d'administration	12	Comité des usagers.....	20
Comité de vigilance et de la qualité.....	12	Direction des services professionnels et des affaires médicales	20
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	13	Direction des ressources humaines	21
Traitement des plaintes	13	Dossier clinique informatisé (OACIS) et dossier Santé Québec	21
Mesures d'amélioration	14	Conseils professionnels	22
Médecin examinateur	14	Conseil des infirmières et infirmiers (incluant CIA).....	22
Comité de révision.....	14	Conseil multidisciplinaire.....	22
Qualité	14	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	23
Gestion des risques.....	14	États financiers	24
Programme de formation.....	14	Annexe 1 - Ententes de gestion	41
Évaluation de l'expérience-patient	15	Annexe 2 - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	75
Agrément	15	Annexe 3 - Rapport de l'auditeur	120
Performance et Kaizen	15	Annexe 4 - Contrats de service	122
Services généraux	16		
Jeunes en difficulté	16		
Santé mentale.....	16		
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED)	17		
Dépendance	17		
Direction locale de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement	18		
Santé publique	18		
Soins infirmiers	18		
Prévention et contrôle des infections	19		
Enseignement	19		

Le rapport annuel de gestion 2014-2015 du CSSS de la Pointe-de-l'Île est une production de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il est disponible à la section Publications du site www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca.

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

Déclaration de fiabilité des données

À titre de président-directeur général du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 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 de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île :

- 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 2015.



Le président-directeur général,
Yvan Gendron

Rapport de la direction

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

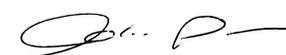
La direction du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

La loi prévoit que le conseil d'administration doit approuver les états financiers de l'établissement suite à l'examen et la recommandation de son comité de vérification. Or, dans le contexte de l'application 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, (ci-après «Loi sur la réorganisation») le conseil d'administration ainsi que ses comités ont été dissous. Depuis la fusion de l'établissement au 1^{er} avril 2015, aucun membre indépendant du nouveau conseil d'administration n'a été nommé. Considérant ce qui précède, c'est le président-directeur général qui, en vertu de l'article 195 de la Loi sur la réorganisation, exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première des deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres indépendants du conseil soient nommés. Les états financiers ont donc été approuvés par le président-directeur général du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal après avoir été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Le rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le président-directeur général pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Yvan Gendron
Président-directeur général



Céline Morin
Directrice générale adjointe finances, soutien, administration et performance et directrice des ressources financières

Planification stratégique 2011-2015

Enjeux 1 : Agir en amont			État Atteint: A En cours: EC Non atteint: NA
1^{er} Axe : Prévention dans les continuums de services			
Libellé	Cible	Réalisations (4 - Maximum d'une ligne chacune)	
Assurer la mise en œuvre PLSP	85 % des activités implantées/accréditation HPS d'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> Création d'un comité de coordination de la promotion et la prévention de la santé pour la PDI. Relance du dossier. Bonne performance sur l'atteinte des cibles du PLSP. 	EC
2^e Axe : Actions intersectorielles			
Renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activités	Adoption d'une stratégie locale de soutien à l'action intersectorielle / implication des partenaires dans la réalisation du projet clinique	<ul style="list-style-type: none"> Travaux importants réalisés avec les partenaires: Laboratoire sur la saine alimentation, prévention du tabac (atteinte des cibles de gestion). Travaux sur la vaccination des clientèles très vulnérables. Prévention du cancer du sein. 	EC
Enjeux 2 : Primauté de la 1^{er} ligne			
Orientation 2.1 : Améliorer l'accès aux services généraux de 1^{er} ligne			
1^{er} Axe : Services médicaux et infirmiers			
Libellé	Cible	Réalisations (4 - Maximum d'une ligne chacune)	État Atteint: A En cours: EC Non atteint: NA
Assurer la prise en charge par le médecin de famille	Atteindre la moyenne régionale	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge de 4 336 personnes par le biais du GACO. 	A
Favoriser l'implantation GMF – CR – CRI	5 GMF, 3 CR et 1 CRI d'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> 4 GMF et 2 cliniques-réseau. 	EC
Soutenir davantage la pratique médicale	10 IPSPL / ententes avec les hôpitaux / 1 ^{er} quantile pour ordonnance collective – 360 personnes desservies par les Télésoins / étude sur lien informatique CSSS – GMF 2014	<ul style="list-style-type: none"> Création de plateaux de stage. Implantation du DSQ pour le RLS et les médecins en CLSC et CHSLD. Support pour le déploiement du DME. 5 postes d'IPS-PL et 4 autres postes en développement pour 2015-2016. 10 ordonnances collectives de plus révisées ou développées en 2015. 	A A A EC EC

Orientation 2.2: Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des personnes vulnérables

1^{er} Axe : Maladies chroniques et cancer

Favoriser l'autogestion et la réadaptation dans un suivi systématisé

100% de suivi pour le risque cardio-métabolique et MPOC/gestion du service Télésoins pour les 12 CSSS

- Mise en place du centre d'action des maladies chroniques, plus particulièrement de trois projets en télésanté : le dépistage de la rétinopathie diabétique, les soins de plaies de pieds diabétiques et réadaptation cardiaque.

Offrir des soins de fin de vie en maison de soins palliatifs

D'ici 2015

- Participation au développement d'une maison de soins palliatifs.

2^e Axe : Jeunes en difficulté, santé mentale, dépendance

Intervenir pour renforcer les services en négligence et troubles comportementaux

Programme d'intervention en négligence et suivi intensif/diminution du taux de signalement et de la durée moyenne des placements

- Le programme Alliance est implanté depuis le 1^{er} avril 2014.

Assurer l'accès aux services en santé mentale – équipe multi

2 700 jeunes et adultes d'ici 2015

- Implantation du Guichet d'accès en santé mentale adulte. 3 058 jeunes et adultes ont été rejoints.

Assurer l'accès aux services d'intégration pour les troubles mentaux graves

SIM= 100 places par 100 000 adultes SIV=250 places pour 100 000 adultes

- Le programme SIV est implanté.

Faciliter l'accès aux services de toxicomanie et de jeu pathologique en 1^{re} ligne

Augmentation des services aux jeunes et aux adultes

- Une intervenante est dédiée au programme depuis septembre 2011.

3^e Axe : Personnes ayant une déficience et leur famille

Assurer la coordination des services

Augmentation du nombre de personnes qui ont un PSI

- Amélioration du processus clinique en DI-TED. Le nombre de PSI réalisés pour l'année 2014-2015 est de 43 comparativement à 0 pour 2013-2014.

Développer en 1^{re} ligne une offre de service multidisciplinaire et intégrée pour 0-5 ans ayant un retard de développement

D'ici 2015

- L'équipe Amis dépiste les enfants 0-5 ans à risque de développer un retard (en place depuis 2011).

Consolider les réseaux intégrés de services

Plan d'action de services intégrés en déficience intellectuelle et en déficience physique

- En novembre 2014, élaboration d'un plan d'action pour redresser la situation en DI-TED visant l'amélioration de plusieurs sphères du fonctionnement clinico-administratif de l'équipe.
- De 316 dossiers en attente en juillet 2014, nous sommes aujourd'hui à 176 dossiers en attente.

Orientation 2.3: Répondre aux besoins d'une population vieillissante		
1^{er} Axe : Réseau de services intégrés	Moyenne régionale	EC
Poursuivre la mise en place des RSIPA	<ul style="list-style-type: none"> Implantation du RSIPA : 83 %. 	
Orientation 2.4: Répondre aux besoins d'une population vieillissante		
1^{er} Axe : Services SAD	Adaptation de l'offre locale à l'offre régionale / cadre de référence sur les pratiques de réadaptation à domicile / 360 personnes du territoire desservies annuellement par Télésoins	
Définir l'offre de service SAD	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation d'un cadre de référence sur les pratiques de réadaptation. Cette année, 180 personnes du territoire ont été desservies par Télésoins (bris d'équipements). 	A NA
Assurer une offre globale de services SAD	340 231 heures d'ici 2015	A
Maximiser le temps consenti directement auprès de la clientèle	Augmentation des interventions directes dans toutes les disciplines	A
2^e Axe : Diversification des milieux de vie		
Augmenter et diversifier l'offre des milieux de vie accessibles	Augmentation du nombre de ressources intermédiaires / augmentation accompagnement réseau milieu de vie en hébergement	A
3^e Axe : Personnes vulnérables		
Accentuer la réalisation de politiques pertinentes	75 % de plans d'interventions infirmier et social auprès des personnes vulnérables d'ici 2015	A
4^e Axe : Technologie de l'information		
Capitaliser sur les possibilités offertes par les technologies de l'information	Augmentation des moyens électroniques diversifiés de communication / augmentation utilisation de technologies de pointes	
	<ul style="list-style-type: none"> Création d'une zone médecin. Intégration DSQ et DMÉ. Lecture régionale en imagerie médicale. Accueil clinique. Mécanismes d'accès pédiatrique. Télé-échographie. Migration du parc informatique à Windows 7. 	A A A A A A A

Enjeux 3 : Délai raisonnable

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

1^{er} Axe : Personnes vulnérables

Libellé	Cible	Réalisation (4 - Maximum d'une ligne chacune)	État Atteint : A En cours : EC Non atteint : NA
Assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services selon le niveau de priorité	90 % des personnes priorité urgente et élevée / 75 % des personnes priorité modérée	<ul style="list-style-type: none"> DP - priorité urgente : 100 % des personnes qui ont fait une demande ont eu accès aux services dans les délais prescrits. DP - priorité modérée : 89 % des personnes qui ont fait une demande ont eu accès aux services dans les délais prescrits. 	A

2^e Axe : Services hospitaliers

Assurer des services hospitaliers sur le territoire	Autorisation du MSSS de réaliser un hôpital communautaire sur le territoire	<ul style="list-style-type: none"> Projet d'un «Centre ambulatoire intégré» déposé au ministre de la Santé et des Services sociaux. 	EC
---	---	--	----

3^e Axe : Urgences

Assurer la prise en charge des personnes en fin de soins actifs	Augmentation	<ul style="list-style-type: none"> 100 % des personnes en fin de soins actifs dans les hôpitaux sont prises en charge par les intervenants du CSSS. 	A
---	--------------	--	---

4^e Axe : Santé mentale

Assurer l'accès aux services de 1 ^{re} ligne à l'intérieur de 30 jours	90 % des personnes dans les délais	<ul style="list-style-type: none"> Le GASMA est un guichet unique depuis septembre 2014. 100 % des pré-évaluations sont faites dans les délais. 	A
---	------------------------------------	--	---

5^e Axe : Référence aux services médicaux spécialisés

Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes	Mise en place d'un mécanisme d'accès d'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> Mécanismes d'accès mis en place 	A
---	---	---	---

6^e Axe : Équité interrégionale dans les services offerts

Assurer l'équité dans l'offre de services pour la population du territoire	Ajustement progressif du financement d'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> Financement additionnel impact sur la pauvreté relative du SAPA qui est passée de 32,6 % à 25,5 %. Ajout de 4 ETC en suivi intensif dans la communauté en santé mentale. 	EC
--	---	--	----

7^e Axe : Sages-femmes

Assurer l'accès à des services de sages-femmes sur le territoire	Création d'une maison des naissances d'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'étude déposé en avril 2014 à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal qui a appuyé le dossier. 	EC
--	---	--	----

Enjeux 4: Qualité - Innovation

Orientation 4.1 : Assurer la qualité et la sécurité des soins et services

1^{er} Axe : Gestion intégrée de la qualité

Libellé	Cible	Réalisation (4 - Maximum d'une ligne chacune)	État Atteint: A En cours: EC Non atteint: NA
Planter un cadre conceptuel de gestion intégrée requis par Agrément Canada	Gestion intégrée de la qualité mise en place d'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> Le cadre conceptuel est adopté. Agréé avec mention en février 2015. 	A A

Assurer que les services soient rendus de façon sécuritaire

Au cours de l'année, 318 personnes ont été formées en gestion des risques.

EC

2^e Axe : Guides de pratique

Poursuivre l'implantation de guides de pratique et de standards cliniques	90% des guides de pratique d'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour réalisée de l'ensemble des guides cliniques de la DLSPSIE. 	A
---	---------------------------------------	--	---

Orientation 4.2: Valoriser l'apport universitaire

1^{er} Axe : Créneau d'expertise et de formation

Consolider des liens étroits avec les maisons d'enseignement et élargir la formation aux disciplines multisectorielles	Mise sur pied d'une UMF d'ici 2015 / entente avec CSPDI / augmentation du nombre de stages et de disciplines	<ul style="list-style-type: none"> Comité d'implantation d'une UMF mis en place avec l'Université de Montréal. Augmentation continue du nombre de stages, entente de principe réalisée en 2015 avec l'Université de Montréal sur le renouvellement du contrat d'affiliation. Nombreux projets de partenariat avec la CSPDI en lien avec le Comité de santé de l'Est. 	EC A
--	--	--	---------

Créer un Observatoire en santé et en bien-être destinés aux enfants et aux jeunes pour services 1re ligne

Dans le contexte de la réorganisation, ce projet a été mis en suspens.

NA

2^e Axe : Évaluation et transfert des connaissances

Favoriser le transfert des connaissances	Mise en place de structure fonctionnelle de transfert des connaissances/mesures facilitant l'apprentissage et le développement des compétences pour le personnel et stagiaire d'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> Rencontre secteur de l'enseignement avec l'HMR. Journal club en CHSLD (Médecins et pharmaciens). Réunions scientifiques mensuelles dans les 3 CLSC. Formations continues pour les technologues. Table locale des pharmaciens (TLP) mise en place en 2014. 	A
--	--	---	---

Orientation 4.3: Assurer l'intégration et la circulation de l'information		
1^{er} Axe : Dossiers cliniques informatisés		
Déployer de façon intégrée le dossier OACIS	D'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> Développement d'une section d'apprentissage en ligne dans l'intranet.
2^e Axe : DSQ		
Participer à l'implantation du DSQ	Échéancier régional	<ul style="list-style-type: none"> Déploiement réalisé dans l'ensemble des installations. Cible atteinte à 142 %. Déploiement complété pour le CSSS et le RLS.
Enjeux 5 : Contribution RH		
Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée		
1^{er} Axe : Disponibilité main-d'œuvre médicale		
Libellé	Cible	Réalisation (4 - Maximum d'une ligne chacune)
Assurer l'accès à des médecins de famille sur le territoire	Atteindre la moyenne régionale d'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un plan de recrutement: 5 nouveaux médecins en 2014-2015. Rencontre de certaines cliniques par l'équipe du GACO.
2^e Axe : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre		
Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre	En continu	<ul style="list-style-type: none"> Un plan de main-d'œuvre est mis à jour annuellement.
Assurer l'utilisation optimale des compétences	2012 services à domicile / 2011 à 2015 autres services	<ul style="list-style-type: none"> Des projets d'optimisation sont en cours en vue d'utiliser de manière optimale les compétences. Voici quelques exemples : équipes du Soutien à domicile et de Petite enfance qui se sont engagées dans une démarche d'amélioration de la performance en se dotant d'outils et de moyens pour suivre la performance et utiliser judicieusement les ressources qui leur sont allouées.
Réduire le temps supplémentaire	Diminution de 10 % d'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> Révision des procédures d'utilisation du temps supplémentaire (voir résultats ententes de gestion). Projet paritaire pour la stabilité des agentes administratives aux Services généraux.
Réduire la main-d'œuvre indépendante	Diminution de 40 % en soins infirmiers et de 25 % dans d'autres secteurs	<ul style="list-style-type: none"> Révision des procédures d'utilisation (voir résultats ententes de gestion).

3^e Axe : Disponibilité du personnel d'encadrement	
Réaliser des initiatives novatrices pour améliorer les conditions d'exercices des cadres	Réalisation de 100 % des projets prévus dans le cadre du Plan 2010-2012 <ul style="list-style-type: none"> Séances de formation pour les cadres sur la présence au travail.
	EC
Orientation 5.2 : Offrir des conditions de travail et des pratiques attractives et valorisantes	
1^{er} Axe : Rétention et mieux-être au travail	
Mettre en œuvre des mesures d'amélioration du climat de travail de la santé	Obtenir l'agrément incluant le volet de mobilisation des RH/implantation de la norme 4 de HPS/ratio de 6,68 % en assurance salaire en 2015 <ul style="list-style-type: none"> Agrément avec mention 2015. HPS : activités en cours d'implantation. Ratio d'AS à 7,59%. Plusieurs efforts sont déployés pour réduire davantage l'écart en assurance salaire. Taux moyen de satisfaction des employés au sondage d'Agrément Canada: 75,45 %.
	A EC EC A
Soutenir efficacement le personnel et reconnaître sa contribution	Promotion du cheminement professionnel/développement d'une culture de reconnaissance / installations modernes, efficaces et sécuritaires <ul style="list-style-type: none"> Appréciation de la contribution du personnel fait à chaque année. Un processus de reconnaissance de l'excellence et des bons coups est en place. Un nouveau profil de compétences pour les cadres intermédiaires et supérieurs a été élaboré.
	A A EC
Orientation 5.3 : Offrir des conditions de travail et des pratiques attractives et valorisantes	
1^{er} Axe : Partage des connaissances	
Susciter l'entraide et le partage entre les différentes équipes	Augmentation du nombre de projets novateurs et de qualité issus des différents programmes <ul style="list-style-type: none"> Une culture de l'innovation est en place au CSSS. Voici quelques projets réalisés : lecture régionale en imagerie médicale ; développement d'outils de recrutement avec une zone médecin ; projets d'optimisation (agents administratifs aux accueils).
	A A A EC
Enjeux 6 : Gouvernance	
Orientation 6.1 : Une gestion performante et une gouvernance imputable	
1^{er} Axe : Optimisation de l'utilisation des ressources	
Libellé	Réalisation (4 - Maximum d'une ligne chacune)
Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources	2012 services à domicile/2011 à 2015 autres services <ul style="list-style-type: none"> Amélioration du processus d'orientation des AA3 aux Services généraux aux postes de la téléphonie, de l'accueil et de la prise de rendez-vous; Démarche DMAIC, dont un Kaizen blitz de 3 jours.
	État Atteint: A En cours: EC Non atteint: NA A

- Optimisation du processus d'octroi des rendez-vous infirmiers et des outils disponibles; Démarche DMAIC, dont un Kaizen blitz de 3 jours et l'implantation de caucus hebdomadaire à l'aide d'un tableau visuel de gestion des opportunités dans chacun des trois CLSC. A
- Diminution du délai d'attente pour un service de prélèvements; Démarche AIC pour chacun des deux Services des prélèvements du CLSC MEA et CLSC PAT, dont un Gemba de l'environnement actuel. A
- Projet SARDM phase II et III avec la délégation contenant-contenu. A
- Centre de répartition de service. A
- Kaizen au centre de prélèvement, temps d'attente diminué du 2/3. A

• L'équilibre budgétaire non atteint suite à une intensification de service au SAD pour désengorger les urgences de HMR et Santa Cabrini. NA

• Tableaux de bord développés. A

L'équilibre budgétaire

Respecter l'équilibre budgétaire

Table de bord de gestion en continu

Développer des indicateurs comparatifs d'amélioration de la productivité

Conseil d'administration

Au 31 mars 2015, le conseil d'administration était composé des membres suivants :

Mme Cécile Légaré, présidente
M. Marcel Faucher, vice-président
M. André Gagnière, secrétaire
M. Jean-Claude Blanchard, administrateur
Mme Monique Joachim, administratrice
M. Rémy Berthelot
M. Roch Bérubé
M. Sébastien Blin
Mme Nicole Bourgeois
M. André Brunelle
Mme Céline Dubé
Mme Sophie Lapointe
Mme Lucie Laurent
M. Michel Milot
Mme Nathalie Otis
M. Pierre Parent
D^r François-Yves Prévost

Démission de madame Hélène Mailloux au mois de février 2015.

En cours d'année, le conseil d'administration s'est réuni 13 fois. Une assemblée générale a lieu à chaque année dans le but d'informer la population des services qui sont offerts par le CSSS. Également, sur le site Internet du CSSS, un onglet est mis à la disposition de la population pour les personnes qui ont des questions sur nos services ou qui veulent exprimer leurs préoccupations.

Comité de vigilance et de la qualité

Cette année, le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre reprises. Voici les principaux dossiers sur lesquels il s'est penché :

• Préparation de l'Agrément

En vue de la préparation de la visite d'évaluation d'Agrément Canada en janvier 2015, le comité a adopté un cadre de référence en matière d'éthique et un modèle qualité-performance. De plus, il a pris connaissance des résultats d'une analyse prospective de gestion des risques et des statistiques sur le bilan comparatif des médicaments réalisé dans les directions. Enfin, le comité a étudié la norme de gouvernance ainsi que les résultats du sondage d'Agrément Canada portant sur cette même norme.

• Plaintes

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a présenté à chaque rencontre ses bilans périodiques et a réalisé, avec les membres, le suivi de ses recommandations. De plus, il a présenté son bilan qualitatif qui traite, entre autres, de la révision du

Règlement sur la procédure d'examen des plaintes, des activités de promotion des droits des résidents, et de promotion de son rôle auprès des résidents/familles et du personnel, et de l'attente en DI-TED.

• Gestion des risques

La directrice de la Qualité et des Communications a présenté le bilan statistique des accidents-incidents tout au long de l'année. Les six situations à risques qui ont fait l'objet d'une évaluation particulière au comité de gestion des risques ont également été discutées (voir section sur la gestion des risques).

• Expérience-patient

Les résultats de l'évaluation de l'expérience-patient de trois programmes-services ont été présentés aux membres du comité, soit les Services généraux à domicile, les Services généraux de santé en CLSC et les Télésoins.

Composition du comité de vigilance et de la qualité des services

Du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015

M. Roch Bérubé, président
M. André Gagnière, directeur général et secrétaire
Mme Hélène Barral, directrice de la Qualité et des Communications
Mme Nicole Bourgeois
Mme Céline Dubé, comité des usagers
M. Pierre Jolin, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Mme Cécile Légaré, présidente du CA
Démission en cours d'année : aucune.

• Dossiers divers :

- Création du tableau de bord du conseil d'administration.
- Centralisation des soins infirmiers ambulatoires au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal les fins de semaine et les jours fériés.

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Traitement des plaintes

En 2014-2015, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a conclu 186 dossiers de différents types de plaintes, comparativement à 138 l'année précédente.

Tableau 1		
Traitement des plaintes		
	Nombre 2013-2014	Nombre 2014-2015
Plaintes	70	96
Assistances	61	84

Les plaintes représentent environ 52 % des dossiers conclus, comparativement à 51 % l'année dernière, et à 52 % il y a deux ans. Ces 186 dossiers ont généré l'examen de 232 objets ainsi répartis entre les missions de l'établissement.

Tableau 2		
Objets conclus par mission		
	2013-2014	2014-2015
Centres d'hébergement	70	96
CLSC	61	84
Ressources intermédiaires	6	7
Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle	0	0
Hors CSSS	17	9
TOTAL	175	232

Cette année, on note une augmentation de 35 % de l'ensemble des dossiers conclus, et une augmentation de 33 % de l'ensemble des types d'objets conclus.

Motifs des plaintes

Tableau 3						
Motifs des objets	Plaintes et interventions			Assistances		
	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Accessibilité	12	12	11	30	17	20
Aspect financier	9	1	2	1	2	2
Droits particuliers	16	10	8	3	1	2
Organisation	20	13	10	6	2	9
Relations	18	14	29	0	0	3
Soins et services	78	62	91	25	22	37
Autres motifs	N/A	N/A	N/A	9	17	8
Total	153	114	151	74	61	81

Mesures d'amélioration

Par la conciliation, les plaintes sont régulièrement conclues avec l'application de mesures visant à améliorer la situation invoquée par le client. Ainsi, 61 % des plaintes et des interventions ont fait l'objet de mesures correctives, comparativement à 55 % l'an passé et à 51 % il y a deux ans. De même, 105 mesures d'amélioration ont été appliquées, comparativement à 86 l'an passé.

Promotion du régime et respect des droits

Pour assurer sa visibilité, le commissaire local s'assure d'un affichage adéquat et d'une disponibilité suffisante de dépliants dans chacune des installations et auprès de certaines clientèles dont les services sont principalement rendus à leur domicile.

En plus de répondre à des demandes de consultation, le commissaire local est membre du comité de vigilance et de la qualité, où il présente un rapport continu et bilan qualitatif de ses activités. Il a également collaboré au fonctionnement du régime des plaintes, notamment par sa participation au comité des usagers ou au comité de gestion des risques, à des rencontres statutaires avec la Direction générale et avec la Direction de la qualité (gestion des risques).

Médecin examinateur

Le médecin examinateur traite les plaintes liées à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin ou d'un pharmacien, ou liées à la qualité d'un acte relevant de leurs activités professionnelles.

En 2014-2015, le médecin examinateur a conclu quatre dossiers de plainte, tous en CLSC. Ces quatre dossiers ont généré l'examen de quatre objets, ainsi répartis : trois concernent les relations (attitude, propos, manque de compréhension) et un autre concerne les soins et services (orientation professionnelle lors de la consultation). Aucune plainte n'a été réorientée au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), pour étude à des fins disciplinaires.

Deux objets ont été abandonnés par les plaignants, un objet a été cessé par le médecin examinateur et un autre objet a été conclu sans mesure.

Comité de révision

La fonction du comité de révision est d'examiner les demandes des usagers ou des professionnels qui sont en désaccord avec les conclusions transmises par le médecin examinateur.

En 2014-2015, une demande de révision a été mise en route et demeure non conclue en fin d'année.

Qualité

Gestion des risques

En 2014-2015, 3 095 incidents et accidents ont été déclarés pour l'ensemble de nos installations, ce qui représente une diminution de 18,4% par rapport à l'année précédente. Cette diminution peut s'expliquer par la mise en place de mesures préventives et correctives, ou encore par l'introduction, depuis le 1^{er} avril 2014, du nouveau formulaire de déclaration d'incidents et d'accidents plus difficile à remplir.

Depuis cinq ans, les chutes et les erreurs de médication demeurent les deux sources principales de déclaration d'incidents et d'accidents. En 2014-2015, le nombre de chutes est presque identique à celui de 2013-2014, soit 1 520 comparé à 1 527 en 2013-2014. Les chutes représentent 49% de l'ensemble des déclarations. À cet effet, le comité de vigie en prévention des chutes et mesures de contrôle (contentions) poursuit ses travaux d'amélioration pour réduire les risques. Des mesures préventives et correctives visant l'amélioration de nos processus sont régulièrement mises en place pour prévenir de futurs incidents ou accidents de cette nature.

Les erreurs de médicament représentent 15,7% de l'ensemble des déclarations. Cette année, une diminution de près de 23,1%, soit 146 déclarations de moins grâce essentiellement à la baisse des erreurs liées aux processus de la pharmacie pour lesquels plusieurs actions d'amélioration ont été instaurées. Le comité opérationnel de pharma-soins (médicaments) poursuit ses travaux d'amélioration pour réduire les risques.

Au cours de l'année, le comité de gestion des risques a fait une analyse plus approfondie de six situations à risque portant sur les systèmes d'appel à l'aide dans les toilettes de CLSC, la chute d'un client dans le stationnement d'un CLSC, les soins de plaie, le délai dans la transmission de résultats entre l'hôpital et un centre d'hébergement, le traitement des réclamations pour perte d'effets personnels et les erreurs liées aux dossiers. Un événement sentinelle a été présenté au comité de gestion des risques concernant une tentative de suicide en ressource alternative. Des recommandations ont été faites à la direction concernée pour assurer un meilleur dépistage des personnes à risque.

Programme de formation

Le programme de formation sur la gestion des risques est offert en continu durant l'année afin de consolider la « culture de sécurité » organisationnelle. Au 31 mars 2015, 318 personnes ont été formées entre novembre 2014 et mars 2015 pour un total de 24 formations.

Pour la cinquième année consécutive, une semaine de la sécurité a été lancée au CSSS afin de sensibiliser tout le personnel, les gestionnaires et les médecins à la gestion des risques et à l'amélioration de la qualité des soins et services offerts à nos dif-

férentes clientèles. La Semaine de la sécurité s'est déroulée du 27 au 31 octobre 2014. Des conférences sur huit sujets différents en lien avec la sécurité ont été présentées en visioconférence dans trois installations. Les visioconférences ont été enregistrées et sont disponibles sur l'intranet.

Évaluation de l'expérience-patient

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services, la Direction de la qualité et des communications évalue la satisfaction des usagers des différents services du CSSS, en utilisant la méthodologie de «l'expérience-patient». Celle-ci vise à évaluer l'ensemble de faits vécus par les usagers et leurs proches tout au long de la trajectoire des soins et services. L'évaluation s'appuie sur des réponses factuelles sur ce qui s'est produit ou non, lors de leurs interactions avec l'établissement. La Direction de la qualité et des communications a pu réaliser, au cours de l'année 2014-2015, l'évaluation de l'expérience des usagers des Services généraux à domicile, des Services généraux de santé en CLSC, des Télésoins. L'évaluation des services d'imagerie diagnostique et de la Clinique santé petite enfance est en cours de réalisation.

Les résultats des évaluations démontrent que, de manière générale, les usagers sont satisfaits des services reçus. Sur une échelle de 10, où 10 est le niveau le plus élevé de satisfaction, les usagers ont évalué les services ainsi :

- Services généraux à domicile : 9,4
- Services généraux de santé en CLSC : 8,3
- Télésoins : 8,1

Agrément

Le CSSS de la Pointe-de-l'Île a été agréé avec mention en février 2015. Une seule recommandation devra faire l'objet de preuves d'amélioration auprès d'Agrément Canada. Celle-ci porte sur le processus pour la récupération des médicaments qui font l'objet d'un rappel officiel ou dont l'utilisation est interrompue par Santé Canada ou le fabricant.

Performance et Kaizen

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Une démarche d'amélioration du service des prélèvements du CLSC de Rivière-des-Prairies a été réalisée au courant de l'année 2014-2015. À la suite d'un Kaizen réalisé en mars 2014, l'équipe a entrepris plusieurs actions pour remédier aux problématiques identifiées. Depuis l'implantation du nouveau processus et le suivi continu des solutions implantées, les usagers obtiennent plus rapidement des services. Sur les 300 usagers ayant été audités aléatoirement depuis le 23 novembre 2014, 75 % d'entre eux ont réalisé l'ensemble du processus en moins de 20 minutes. La comparaison des statistiques relevées depuis les dernières années démontre une

nette amélioration. En effet, en comparant les données moyennes pour l'ensemble des usagers, le processus complet est passé respectivement pour les années 2012, 2013, fin 2014 et début 2015 de 54 minutes, à 39, à 34,5 et enfin à 12,8 minutes. Les grands changements ont été réalisés dans les deux autres CLSC vers la fin mars 2015. Des améliorations des délais d'attente seront tangibles pour les autres sites pour le début 2015-2016.

Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

Visant la stabilité des équipes d'agentes administratives, la Direction des services généraux s'est engagée dans un projet d'organisation du travail visant la réduction du temps supplémentaire. Une série d'activités a été réalisée durant l'année afin d'optimiser l'orientation des agentes ainsi que le processus d'octroi des rendez-vous infirmiers pour les usagers aux Services généraux. Ces différentes actions entreprises avec le personnel visaient également à améliorer la rétention du personnel ainsi que de diminuer les absences. Un comité paritaire a été formé afin de suivre l'avancement des nombreux livrables tout au long de cette démarche. Le défi principal dans ce projet a été d'optimiser trois volets fondamentaux : les processus de travail, l'environnement psychosocial et les ressources humaines. Plusieurs impacts favorables ont été observés dans l'organisation du travail, dont une amélioration de la communication dans les équipes par l'implantation de caucus hebdomadaires pour traiter les opportunités identifiées au quotidien. Enfin, le nombre d'heures en temps supplémentaire des agentes administratives classe 3 a diminué de 296 heures en 2014-2015, totalisant une amélioration de 24 % comparativement aux deux années précédentes.

Direction des services généraux, à la jeunesse et à la famille et des services multidisciplinaires

Les services généraux offrent des activités cliniques et d'aide de première ligne afin de répondre aux besoins des personnes vivant une situation momentanée ou des problèmes ponctuels ou encore de nature aiguë et réversible. Ces services à caractère universel s'adressent à tous. Ils contribuent à traiter la personne ou à stabiliser son état ou encore à réduire les conséquences. Les intervenants de ces services font des activités de prévention et de soutien auprès des personnes qu'ils traitent et font la promotion des éléments qui favorisent la santé, afin de diminuer les facteurs de risque qui la menacent ou d'en diminuer les conséquences. Ils dépistent précocement les maladies et les problèmes psychosociaux à un stade préclinique. Parmi ces services, on retrouve l'accueil, l'orientation et la référence vers des services d'ordre psychosocial, d'aide ou de santé, les centres de prélèvements, la vaccination, les soins infirmiers, les services médicaux, etc.

Services généraux

Cette année, les Services généraux ont ajouté des services au volet des maladies chroniques. Une offre de services en télédépistage de la rétinopathie diabétique pour la clientèle diabétique a été déployée avec la possibilité de voir 24 usagers par semaine au CLSC de Rivière-des-Prairies. De plus, un poste d'infirmière en soins podologiques a aussi été créé afin de traiter et de prévenir les risques de plaie diabétique, et ce, avec une approche de télésanté. L'idée est de créer un centre d'expertise en maladies chroniques dans l'Est de Montréal où celles-ci sont les plus élevées sur l'île de Montréal. Au total, cette année, 1 694 interventions ont été effectuées auprès de cette clientèle.

Les Services généraux ont également pris en charge de façon importante la clientèle sans médecin de famille durant la dernière année. Ainsi, ils ont attribué à 4 996 usagers du territoire un médecin de famille. De plus en plus de médecins du territoire participent au guichet d'accès (GACO) et la majorité des nouveaux médecins prennent en charge les usagers qui y sont inscrits. Actuellement, la plupart de la clientèle s'inscrit en ligne, via le site Internet du CSSS, ce qui facilite l'accessibilité.

Jeunes en difficulté

Le CSSS a implanté le programme Triple P – Pratiques Parentales Positives, associé à un projet de recherche afin d'intervenir pour renforcer les services en négligence et troubles comportementaux. Triple P est un programme à données probantes dont l'efficacité à faire diminuer les problèmes de comportement chez les enfants a été scientifiquement démontrée (250 études publiées à travers le monde). La littérature indique que grâce à ce programme, on assiste à une réduction des mauvais traitements de 10 % ainsi qu'à une réduction des problèmes de comportement de 5 % à 6 %.

La Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance de l'Université de Laval fait actuellement l'évaluation de ce programme pour la première fois au Québec, en travaillant avec les partenaires de deux territoires d'expérimentation, soit Orléans à Québec et Mercier-Est—Anjou à Montréal. Le budget de projet est de 330 075 \$ sur 4 ans (2012-2016).

L'offre de services du programme Triple P se fait conjointement avec l'ensemble des membres du réseau local (CSSS, organisations communautaires, CPE, écoles). Plus de 30 intervenants du CSSS sont formés et accrédités Triple P et dispensent, en collaboration avec des intervenants de la communauté, des services de groupes et des formations à la clientèle, depuis janvier 2015.

En 2014-2015, le CSSS a également implanté le programme Alliance, un réseau pour le mieux-être de l'enfant et sa famille, tel que prévu dans sa planification stratégique. Le programme-cadre montréalais Alliance vise à contribuer à ce que les enfants de 0 à 11 ans reçoivent une meilleure réponse à leurs besoins et ainsi à diminuer les impacts marqués de la négligence à l'égard de leur développement. Après avoir cerné

les besoins, les différents acteurs d'intervention du réseau se mettent en action avec la famille pour s'assurer que l'enfant puisse avoir une réponse optimale à ses besoins.

La coordination régionale du programme est sous la responsabilité du CSSS depuis le 1^{er} avril 2013. Plus de 3 000 intervenants en provenance des CSSS, des Centres jeunesse et des organismes du réseau local de santé (CPE, écoles, organismes communautaires, etc.) ont été sensibilisés à la compréhension de la problématique de la négligence et au contenu du programme. Au CSSS, 15 enfants de 0-5 ans, 11 enfants de 6-11 ans et 23 parents ont bénéficié du programme avec un total de 217 interventions enregistrées pour l'année 2014-2015. La concertation avec la communauté est soutenue par le comité local élargi qui regroupe des représentants des écoles, du CSSS, des Centres jeunesse, des CPE et d'organismes communautaires.

Santé mentale

Au CSSS, les deux programmes Santé mentale jeunesse (SMJ) et Santé mentale adulte (SMA) permettent de desservir la clientèle 0-100 ans dans un continuum de services. L'approche bio-psycho-sociale utilisée permet une évaluation globale de la personne afin qu'elle reçoive une offre de services adaptée à ses besoins spécifiques. Des suivis thérapeutiques, individuels ou de groupe de durée et d'intensité variables sont proposés aux personnes présentant des symptômes modérés qui affectent leur fonctionnement dans plusieurs sphères de leur vie. Les personnes ayant des problèmes psychiatriques stabilisés peuvent également compter sur des services adaptés à leur situation.

Cette année, le CSSS a amélioré l'accessibilité de ses services de santé mentale et de son équipe multidisciplinaire en travaillant en épisodes de service. De plus, deux intervenants ont été ajoutés à l'équipe d'intervention brève en SMA et un projet pilote d'intervention brève est en implantation en SMJ. L'offre de service de groupe en SMJ a aussi été bonifiée en cours d'année. Les améliorations apportées en 2014-2015 ont eu pour résultats de réduire de moitié la durée moyenne d'attente en SMA, passant de 12 mois, au début 2013-2014, à 6 mois à la fin de 2014-2015, et en SMJ, passant de 10 mois à 5 mois pour les mêmes périodes.

Afin d'uniformiser les pratiques dans les différents CSSS et d'accélérer le traitement des demandes, un formulaire unique de pré-évaluation a été créé, en collaboration avec les établissements du pôle Est, soit les CSSS, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Également, dans le but d'assurer une fluidité dans la recevabilité des demandes en santé mentale, une fiche unique de référence régionale est utilisée dans les guichets d'accès depuis le printemps 2014. Cette fiche est accessible à tous les partenaires du territoire sur le site Internet du CSSS dans la section Santé mentale. Depuis le 29 septembre 2014, le gui-

chet d'accès aux services de santé mentale adulte remplit son mandat de guichet unique et présente une hausse de 35 % des demandes acheminées.

Les services de suivi dans la communauté pour les personnes présentant des troubles mentaux graves constituent l'une des priorités du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Ce plan identifie deux formes de suivi dans la communauté : le soutien d'intensité variable (SIV) et le suivi intensif dans le milieu (SIM). En 2014-2015, un nouveau mandat est conféré aux CSSS, soit celui de déployer et de dispenser des services de SIV sur leur territoire. Des balises régionales ont alors été élaborées par l'Agence de Montréal afin d'assurer un déploiement harmonisé du SIV entre les différents territoires de CSSS et les ont guidés lors de l'implantation de ce nouveau service.

Réalisées dans le milieu de vie des personnes, les interventions du SIV les aident à développer leurs aptitudes individuelles afin d'accroître leur autonomie et d'améliorer leur condition, tout en s'assurant que leur état reste stable ou s'améliore. L'équipe du SIV est composée de quatre intervenants : deux éducateurs spécialisés, une infirmière et une travailleuse sociale. L'équipe de SIV, qui bénéficie du soutien du Centre d'excellence en santé mentale, a été félicitée par ce dernier pour sa mise en œuvre de meilleures pratiques.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED)

Instauré depuis l'automne 2011 au sein du programme DI-TED, l'équipe AMIS a pour mission de dépister des retards de développement auprès d'enfants âgés de 0 à 5, qui ne reçoivent pas de service d'un autre établissement, et d'intervenir auprès d'eux et leur famille. Les services s'adressent aux enfants pour lesquels un retard est soupçonné, confirmé ou qui ont obtenu un diagnostic touchant une ou plusieurs sphères de développement : trouble du spectre de l'autisme, retard global de développement, etc.

La nature des activités professionnelles de l'équipe AMIS privilégie une intervention précoce par le biais de services de première ligne en orthophonie, en ergothérapie, en psychoéducation ou psychosociaux. Dans cette perspective, en 2014-2015, l'équipe AMIS a rencontré 702 usagers différents, pour un total de 1 741 interventions.

Dépendance

Implanté depuis 2011 au CSSS, le programme Dépendance a pour mandat de prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendances des personnes, notamment de toxicomanie, d'alcool ou de jeu pathologique, par le déploiement et la consolidation d'une gamme de services de première ligne sur

le territoire. Ainsi, le CSSS accueille les diverses clientèles, fait de la détection et des interventions précoces et offre un soutien à l'entourage.

En 2014-2015, le programme s'est consolidé grâce au déploiement de ses services et à l'arrimage avec les différents intervenants et comités du CSSS. Ainsi, 168 interventions de première ligne ont été réalisées auprès de 55 usagers à risque, dépassant la cible de l'entente de gestion fixée à 5 % d'usagers de plus que l'année 2012-2013, soit huit usagers. Également, du soutien clinique a été offert lors de 64 consultations et de deux formations locales et deux régionales auprès des intervenants des différentes équipes à l'interne et à l'externe. Enfin, 50 activités de liaison ont été effectuées auprès des différents partenaires, incluant ceux de la deuxième ligne.

Direction locale de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement

Santé publique

En conformité avec la Loi sur la santé publique qui définit les fonctions, les rôles et les responsabilités des CSSS en matière de santé publique, le CSSS évalue, met à jour et s'assure de la mise en œuvre d'un plan d'action local qui tient compte des particularités de sa population, et qui soit conforme aux orientations nationales et régionales. Dans le respect du principe de responsabilité populationnelle, le CSSS et ses partenaires échangent et coordonnent leurs efforts respectifs afin de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

En 2014-2015, grâce à la création du comité de coordination en prévention et promotion de la santé avec différents acteurs de la communauté, dont le but est d'agir en amont des problématiques et en complémentarité, 15 priorités stratégiques de santé publique ont été identifiées. Ces 15 objectifs s'inscrivent dans le plan d'action local de santé publique pour lequel se développe une offre de service et d'activités en promotion, prévention et protection de la santé pour 2014-2016 :

1. Augmenter la vaccination antigrippale de la population.
2. Diminuer le nombre de fumeurs.
3. Agir sur les déterminants des maladies chroniques.
4. Développer une vision collective de la promotion (EPS) et de la prévention de la santé.
5. Diminuer/contrôler l'herbe à poux.
6. Dépister systématiquement les cancers du sein, de l'utérus et colorectal.
7. Prévenir la négligence.
8. Diminuer la clientèle à la recherche d'un médecin de famille.
9. Augmenter l'allaitement maternel.
10. Augmenter la prévention des ITSS.
11. Développer un plan d'action en sécurité civile (volet santé).
12. Contribuer à la diminution des blessés de la route.
13. Contribuer à l'amélioration de la salubrité et l'accessibilité du logement.
14. Assurer le transfert des ressources en santé au travail et maintenir les liens.
15. Améliorer l'hygiène des mains.

Ainsi, en 2014-2015, les activités et projets suivants ont été réalisés dans le réseau local :

- Centre d'éducation pour la santé : sensibilisation de 1988 personnes sur les saines habitudes de vie, lors de 60 activités de groupe avec 1 701 participants, et 768 interventions individuelles auprès de 427 personnes.
- Centre d'abandon du tabagisme : promotion de la nouvelle

approche «Prêt pas prêt», visant à rejoindre les fumeurs plus tôt dans leur démarche, a sensibilisé 935 personnes et accompagné 291 autres qui désiraient cesser de fumer. L'approche a été réalisée en entreprises, dans les organismes et en institution.

- Santé des seins : une infirmière a rencontré 217 femmes et soutenu deux projets visant à réduire les barrières à la participation du dépistage du cancer du sein.
- Promotion de la santé en alimentation : un laboratoire visant à modifier l'environnement alimentaire de la Ville de Montréal-Est avec les partenaires a été coordonné pour mettre sur pied un cahier de projets.
- Salubrité des logements et sécurité : des ententes ont été développées avec le réseau municipal visant l'optimisation des interventions réalisées auprès des personnes vulnérables.
- Mesures d'urgence : le CSSS a participé aux démarches locales de planification des mesures d'urgence et mobilisé ses équipes internes par de la formation visant à maintenir une culture de sécurité et à assurer une meilleure préparation en cas de mesures d'urgence.

Enfin en 2014-2015, le CSSS a été reconnu par Agrément Canada pour sa conformité à 100% des normes relatives à la santé publique, ainsi qu'à l'atteinte des ententes de gestion les concernant.

Soins infirmiers

La Direction locale de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement a poursuivi son soutien à la pratique médicale de première ligne, en poursuivant l'implantation de postes d'infirmière praticienne spécialisée (IPS). En 2014-2015, nous avons augmenté le nombre d'IPS-PL de deux à quatre. Une IPS-PL a été intégrée à la clinique GMF Hochelaga et une autre à la clinique GMF Pointe-aux-Trembles. Deux autres sont en processus de recrutement pour le printemps 2015, ce qui portera le total à six. De plus, la Direction a développé un milieu de stage pour les IPS-PL et deux étudiantes en ont bénéficié.

Le projet d'intégrer des IPS-PL en hébergement avec les directrices des soins infirmiers de l'Est et les médecins a été développé avec l'OIIQ et le Collège des médecins. Le MSSS a d'ailleurs accepté de débiter des projets vitrines dans trois territoires au Québec, dès mai 2015.

La Direction a poursuivi le développement de la qualité des soins infirmiers. Les résultats de la visite d'Agrément Canada de janvier 2015 sont particulièrement élevés. L'équipe de prévention et de contrôle des infections a obtenu 98,7% de réponse aux normes, en plus de recevoir des commentaires élogieux des visiteurs d'Agrément Canada. L'ensemble des règlements, des politiques et des procédures qui encadrent la pratique des soins infirmiers de l'établissement ont été révisés en 2014-2015.

Nous avons poursuivi des travaux importants de déploiement des ordonnances collectives en partenariat avec l'équipe médicale. Trois nouvelles ordonnances collectives ont été déployées et sept autres ont été révisées.

Prévention et contrôle des infections

Cette année, l'équipe de prévention et de contrôle des infections (PCI) a dû faire face à une potentielle menace reliée à une maladie émergente : la maladie à virus EBOLA (MVE). Pour y faire face, des outils de communications ont été développés, des formations ont été faites, des mesures de PCI mises en place. Afin de vérifier l'efficacité de toutes ces actions, un exercice de simulation d'une MVE a été réalisé dans les trois CLSC.

De plus, l'équipe a réalisé des audits sur l'hygiène des mains en hébergement. Ainsi, nous pouvons affirmer que nous avons une légère augmentation du taux de conformité à l'hygiène des mains.

La gestion des éclosions de gastro-entérite et de grippe (Influenza) en hébergement a grandement sollicité les conseillères en PCI. En effet, nous avons eu 21 éclosions cette année, comparativement à sept l'an dernier. Il faut dire que ces éclosions sont le reflet des virus qui ont largement circulés dans la communauté.

Enseignement

Le conseil d'administration a adopté une résolution à l'effet de poursuivre les démarches de renouvellement du contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal. Les deux institutions ont convenu d'une entente de principe.

Au CSSS, le nombre de stages a augmenté de 50, soit 800 jours de plus de stage dont 700 jours de stage universitaire. De plus, des stages ont été développés dans de nouvelles disciplines dont l'échographie-radiologie, permettant ainsi au CSSS d'accueillir dix stagiaires en technologie de radiodiagnostic. Différents événements ont eu lieu afin de reconnaître l'apport des répondants d'enseignement et des superviseurs qui assurent un accueil de qualité et qui veillent au bon déroulement des stages.

Dans la dernière année, le CSSS a obtenu la reconnaissance de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et du Collège des médecins du Québec pour un milieu de formation clinique à l'intention des étudiantes infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-PL). L'équipe d'enseignement est constituée de 11 médecins partenaires et de deux IPS-PL seniors. Deux stagiaires ont déjà bénéficié de ce nouveau milieu de stage et le territoire prévoit en accueillir davantage au cours de la prochaine année. En travail social, l'équipe de la Direction des services généraux, à la jeunesse et à la famille et des services multidisciplinaires a fait preuve d'innovation en dédiant un superviseur de stages à un groupe de stagiaires. La supervision est assumée par une travailleuse sociale chevronnée, libérée à temps complet

Direction de soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique

Hébergement

Entre mai 2014 et le 31 mars 2015, nous avons réalisé la 3^e phase du programme « Agir auprès de la personne âgée », subventionnée par le MSSS. Cette formation était dédiée uniquement aux préposés aux bénéficiaires de nos quatre centres d'hébergement. Près de 325 préposés ont reçu une journée de formation permettant de développer de nouvelles compétences à travers les différents sujets abordés, tels que les déficits cognitifs et la communication, les symptômes psychologiques et comportementaux, les comportements perturbateurs ainsi que la communication avec les résidents et leur famille. De plus, chaque préposé a bénéficié d'une période de 3,5 heures de suivi personnalisé offerte par un pair formateur sur les droits des résidents, les abus et la négligence ainsi que sur les attitudes et techniques de base en communication.

En mars 2015, 200 intervenants parmi les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires ont reçu une formation sur les principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires contribuant ainsi à diminuer les événements accidentels chez le personnel.

L'ensemble des lits en hébergement sont maintenant électriques et 20 lits spécialisés ont été achetés dans le cadre de la prévention des chutes. Par ailleurs, le taux moyen de l'utilisation exceptionnelle des contentions dans nos centres d'hébergement de 7 % demeure très faible.

Au cours de la dernière année, nous avons admis 491 résidents. Un plan d'intervention interdisciplinaire est maintenant réalisé dans les quatre à six semaines suivant l'admission d'un nouveau résident.

Soutien à domicile, ressources intermédiaires et centre de jour

Le programme de Soutien à domicile poursuit ses efforts dans l'objectif de permettre aux personnes en perte d'autonomie de rester le plus longtemps à domicile, d'améliorer la fluidité dans le continuum de soins et de services aux personnes âgées et, par le fait même, de réduire le recours aux services de l'urgence et des hôpitaux.

Cette année, nous avons poursuivi l'intensification des services à domicile, avec plus de 550 000 heures de services d'assistance et de services professionnels rendus à la clientèle en perte d'autonomie, ce qui représente une augmentation de 20 % par rapport à l'an dernier.

Nous continuons à viser un meilleur suivi de notre clientèle dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital, par différents programmes mis en place, comme le suivi par télésoins pour les personnes avec maladies chroniques, le programme Maillage pour les personnes grandes consommatrices de services hospitaliers et le partenariat avec les résidences privées pour personnes âgées.

Nous avons consolidé nos arrimages avec nos partenaires hospitaliers, entre autres, par l'assignation d'intervenants « réseaux » du CSSS à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et à l'Hôpital Santa Cabrini, dans le but d'accélérer les congés et de favoriser un retour à domicile plutôt qu'une orientation en hébergement des personnes âgées hospitalisées.

En décembre 2014, nous avons procédé à l'ouverture de la nouvelle ressource intermédiaire Sainte-Germaine-Cousin, destinée aux personnes nécessitant un soutien à leur autonomie. Cette ressource compte 48 places, soit 24 dédiées aux personnes avec des incapacités physiques et 24 autres pour celles avec des incapacités cognitives. En partenariat avec le promoteur de la ressource, la Corporation Mainbourg, une équipe interdisciplinaire du CSSS a mis en œuvre les caractéristiques attendues d'un milieu de vie dans le cadre de référence. Avec l'ouverture de cette ressource, le territoire de la Pointe-de-l'Île compte maintenant 145 places en ressources intermédiaires.

Comité des usagers

Composé de neuf membres qui s'impliquent bénévolement, le comité des usagers représente toutes les personnes qui reçoivent des services de santé et des services sociaux dispensés par les trois CLSC et les quatre centres d'hébergement du CSSS de la Pointe-de-l'Île. Il est formé de cinq membres élus par la population, représentant divers groupes d'usagers, et d'un membre provenant de chacun des quatre comités de résidents des centres d'hébergement.

Par son mandat, le comité des usagers veille à ce que les usagers soient traités dans le respect de leurs droits et de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits. Les principes qui guident son action sont les suivants :

- agir à titre de porte-parole auprès des instances de l'établissement;
- être autonome dans l'exercice de son mandat;
- travailler en partenariat avec l'établissement;
- représenter l'ensemble des usagers du CSSS.

En 2014-2015, le comité des usagers a collaboré avec la Direction de la qualité et des communications dans l'évaluation de l'expérience-patient. De plus, il a participé à la visite ministérielle dans tous les CHSLD du CSSS et aux recommandations qui en découlent. Le rapport annuel 2013-2014 du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, les résultats des sondages sur la satisfaction des usagers, incluant ceux réalisés par Agrément Canada ont tous été suivis de près, afin de permettre au comité de s'assurer que des améliorations soient ou seront apportées pour répondre

aux besoins et au mieux-être des usagers. Enfin, des représentants du comité des usagers siègent au conseil d'administration du CSSS et au comité de gestion des risques de l'établissement. Le comité des usagers est membre du Comité pour la protection des malades et du Regroupement provincial des comités des usagers.

Direction des services professionnels et des affaires médicales

La Direction des services professionnels et des affaires médicales a consacré des efforts considérables dans la dernière année pour renforcer la première ligne sur le territoire. Ces efforts se sont actualisés notamment par la Table de coordination des services médicaux de première ligne du territoire, dont le premier mandat fut de mettre en place une structure de coordination auprès des GMF et des cliniques-réseau. Cette table, unique en son genre, est devenue indispensable pour les GMF, particulièrement pour améliorer et faciliter le réseautage entre les médecins, les administrateurs de GMF et le CSSS. Sa plus-value est d'avoir contribué au développement d'une première ligne médicale forte, coordonnée et mobilisée. Plusieurs réalisations d'importance comptent déjà à son actif, toutes issues des priorités établies par les membres de la Table : l'harmonisation des stratégies de recrutement des médecins, le dépôt de trois projets cliniques pour soutenir la pratique médicale en GMF et un projet d'achats regroupés, le développement de la « zone médecin » sur le site Internet du CSSS comme outil de communication virtuel, favorisant ainsi le partage d'informations et de mécanismes de référence, la création d'un logo officiel de la Table, une étude sur les effectifs médicaux ainsi qu'une autre sur le développement d'une communauté de pratique médicale. Voici donc quelques exemples de ce qu'une culture de collaboration et de partenariat véhiculée par la Table peut permettre.

Le Service de la radiologie du CSSS est ouvert 365 jours par année et connaît, pour une cinquième année consécutive, une croissance de l'utilisation de son service avec 6 024 usagers pour 8 434 examens, soit une augmentation annuelle de 7 % comparativement à 2013-2014. Environ 40 % de la clientèle provient des quatre GMF et des deux cliniques-réseau du territoire de la Pointe-de-l'Île.

Quant au Service d'échographie, celui-ci a ouvert en mars 2014 au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est, et il a réalisé, en 2014-2015, 6 440 examens d'échographies abdomino-pelviennes. Ce nouveau service a permis une diminution de la liste d'attente dans l'est de l'Île de Montréal de trois ans à moins de sept jours. L'efficacité de cette nouvelle offre est due à l'intégration d'une technologue autonome en échographie abdomino-pelvienne et aux technologies de l'information permettant aux radiologistes de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de soutenir la technologue autonome grâce à la télé-échographie. Cette nouvelle réorganisation a été appuyée par la mise en place, depuis octobre 2014, d'un Centre de répartition des demandes de service en échographie dans l'est de Montréal, offrant aux médecins de première ligne du territoire une porte d'entrée unique pour référer les patients en échographie, quelle que soit la priorité clinique. Depuis janvier 2015, le centre d'imagerie médicale a reçu une cohorte de 15 étudiants, soit cinq en échographie et 10 en radiologie provenant des collèges Ahuntsic et Édouard-Montpetit de Montréal.

Direction des ressources humaines

Le 28 août 2014, un atelier a été donné sur la création d'un profil de compétences des gestionnaires. Lors de cet atelier, les cadres ont défini les compétences (savoir, savoir-faire et savoir-être) qui devaient être développées pour intégrer la philosophie de gestion du CSSS en faisant référence à la mission, la vision, les valeurs et la raison d'être avec le contexte actuel et futur de gestion. Ainsi, un nouveau profil de compétences des gestionnaires a été élaboré.

Depuis avril 2014, le Service de santé et sécurité au travail de la Direction des ressources humaines a mis sur pied un projet pilote en collaboration avec les cliniques d'évaluation et de réadaptation de l'est (CERE). Celui-ci

permet à plusieurs employés de vivre un retour au travail plus harmonieux et durable. En effet, grâce à une approche interdisciplinaire, un accompagnement personnalisé est offert aux employés, en partenariat avec l'équipe du CERE, le médecin traitant et le gestionnaire. Ils conviennent d'objectifs communs à atteindre et établissent un plan personnalisé de retour. Depuis, les employés reviennent plus rapidement au travail et dans de meilleures conditions, grâce à des interventions adaptées à chaque employé et réalisées conjointement par l'ergothérapeute, le physiothérapeute, le kinésologue et le psychologue. De plus, des ateliers de groupe sont aussi offerts aux employés pour faciliter le retour au travail après une longue période d'absence et, en particulier, pour favoriser la reprise de ses activités régulières.

Effectifs du CSSS de la Pointe-de-l'Île en équivalents temps complets

	Exercice 2014-2015	Exercice 2013-2014
Effectifs de l'établissement	1 651	1 632
Les cadres : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	56	61
- Temps partiel		
Nombre de personnes : équivalents temps complet (a)	1,98	3,66
(excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Les employés réguliers : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	646	648
- Temps partiel	279,5	268,03
Nombre de personnes : équivalents temps complet (a)		
(excluant les personnes en sécurité d'emploi)		
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	-	-
Les occasionnels:		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	815 065,83	822 749,50
- Équivalents temps complet (b)	446,36	450,57

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par nombre d'heures de

travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre

Dossier clinique informatisé (OACIS) et dossier Santé Québec

Le CSSS a poursuivi le déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ) auprès des professionnels en milieu d'hébergement, totalisant plus de 355 utilisateurs. La cible identifiée selon l'entente de gestion et d'imputabilité de l'établissement est atteinte à 142 %. Le CSSS demeure au premier rang des établissements les plus avancés dans le déploiement

régional du DSQ et a été le premier à clôturer officiellement le projet. Cette année, concernant le Dossier clinique informatisé (DCI-OACIS), une mise à niveau de l'outil de rédaction de formulaires électroniques, l'ajout de nouveaux formulaires et la révision du plan de continuité des activités ont été réalisés. Une étude de fai-

Conseils professionnels

Conseil des infirmières et infirmiers (incluant CIIA)

Le conseil des infirmières et des infirmiers (CII) regroupe plus de 260 infirmières provenant des missions CLSC et hébergement du CSSS. Au cours de l'année, le CII a été représenté dans différents comités et a été consulté sur divers sujets. Les pouvoirs et les mandats du CII sont assumés par les membres du comité exécutif, le CECII.

Trois sous-comités découlent du CECII:

- le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CECIIA);
- le comité de maintien et de promotion de la compétence et de l'appréciation de la qualité des actes infirmiers;
- le comité des communications du CII.

Au cours de l'année 2014-2015, outre les mandats qui lui sont dévolus, le CII s'est penché sur deux principaux dossiers, présentés par son comité de maintien et de promotion de la compétence et de l'appréciation de la qualité des actes infirmiers, desquels deux recommandations ont été formulées et retenues par le CECII, visant :

- l'accessibilité à un outil de soutien pour l'observation des indices du risque suicidaire.
- les actions à mettre en place pour permettre une utilisation plus conforme et uniforme du plan thérapeutique infirmier (PTI) au sein du CSSS, à la suite des résultats obtenus lors de sondages et d'audits réalisés par le comité sur l'application du PTI.

Enfin, en cours d'année, le CII a présenté son rapport annuel 2013-2014 au conseil d'administration du CSSS, rencontré les visiteurs de l'agrément au sujet de la qualité et de la gestion des risques, et soutenu le CECIIA pour l'élaboration de son plan d'amélioration à la suite de la visite de l'OIIAQ.

Quant au comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) du CSSS, son comité exécutif, le CECIIA, compte huit membres depuis le 1^{er} avril 2014. Son implication en cours d'année 2014-2015 s'est principalement axée sur la préparation de l'accueil des inspectrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (l'OIIAQ), en mai 2014, ainsi que sur l'élaboration et l'adoption de son Plan d'amélioration, à la suite de l'inspection professionnelle de l'OIIAQ. De plus, le CECIIA a fait part au comité pharma-soins des problématiques reliées aux écrases pilules; publié trois bulletins «Le Point CIIA» traitant de divers sujets d'intérêts pour ses membres, et organisée une demi-journée d'étude pour préparer la nouvelle année.

Liste des membres du comité exécutif du CII

Présidente : Mme Nathalie Gravel
Vice-présidente : Mme Nancy Carpentier
Secrétaire : Mme Patricia Lafrenière
Conseillères :
Mme Jennifer Corbeil
Mme Lucie Dupont
Mme Caroline Guimond
Mme Marie-Josée Paquet
Mme Josée Ouellette

Membres nommés d'office :

Mme Guylaine Gauthier, présidente du CIIA par intérim
Mme Isabelle Bernier, présidente du CIIA (démission)
M. André Gagnière, directeur général
(Denis Bénard, directeur général adjoint)
M. Claude Riendeau, directeur local de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement

Liste des membres du comité exécutif du CIIA

Présidente (par intérim) : Mme Guylaine Gauthier
Présidente (démission) : Mme Isabelle Bernier
Secrétaire : Mme Anick Cummings
Conseillers : M. Madsen Guérard
Mme Monica Hategan
Mme Maria Paz Melendez
Mme Martine Sasseville
Membres nommés d'office :
Mme Nathalie Gravel, présidente du CII
Mme Patricia Lafrenière, conseillère cadre et personne-ressource
M. Claude Riendeau, directeur LSPSIE

Conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire (CM) regroupe plus de 300 professionnels du CSSS provenant de 37 disciplines différentes. Son comité exécutif, le CECM, a siégé huit fois cette année, entre septembre 2014 et mai 2015. Il a comme principales responsabilités de :

- constituer les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres dans l'établissement;
- faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans l'établissement;
- de participer, lorsque requis, à des séances régulières du C.A. de l'établissement afin de partager des informations pertinentes et d'échanger avec les membres;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le C.A.

En 2014-2015, en plus des mandats qui lui sont confiés, le CECM a adopté trois documents de référence: le document-synthèse sur la qualité des pratiques psychosociales au Soutien à domicile, le processus d'audit pour les intervenants relevant du CM, et le principe de poursuite des réunions

malgré la dissolution du CSSS. De plus, il a soutenu la réflexion sur les besoins de formation de ses membres et participé aux rencontres des représentants des conseils multidisciplinaires du pôle 1.

Enfin, le CECM a déposé au nouveau PDG du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal un bilan et des recommandations visant à reconnaître la mission du CSSS, ainsi que confirmé sa volonté de poursuivre ses délibérations jusqu'à la formation du nouveau conseil multidisciplinaire du CIUSSS.

Liste des membres de l'exécutif du conseil multidisciplinaire

Mme Nancy Beaulieu, vice-présidente, travailleuse sociale, programme Jeunesse scolaire, CAFE, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est

M. Rémy Berthelot, président, organisateur communautaire, Direction générale, CLSC de Mercier-Est—Anjou

Mme Fanny Dergan, travailleuse sociale, Soutien à domicile, CLSC de Mercier-Est—Anjou

M. André Gagnière, directeur général, membre nommé d'office

Mme Nancy Plamondon, technicienne en travail social, DI-TED, Installation Anjou

M. Stéphane Rousseau, secrétaire-trésorier, directeur des Services généraux, à la jeunesse et à la famille et des Services multidisciplinaires, représentant désigné par la Direction générale

Mme Sylvie Sbeghen, hygiéniste dentaire, programme Jeunesse scolaire, CAFE, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est

Mme Jenny Tshilumba, archiviste pilote de systèmes, Direction générale, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Cette année, le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a tenu cinq réunions ordinaires, deux réunions extraordinaires et deux assemblées générales.

Les effectifs, pour l'année 2014-2015, pour l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de la Pointe-de-l'Île offrant des services généraux à la population sont les suivants :

- 48 médecins, dont 40 membres actifs et 8 membres associés ;
- 6 pharmaciens, dont 4 membres actifs et 2 membres associés ;
- 3 dentistes sur appel.

Le CMDP du CSSS a sous sa responsabilité les comités suivants :

- comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique ;
- comité de pharmacologie ;
- comité d'examen des titres ;
- comité des ordonnances collectives ;
- comité de révision des Règlements internes du CMDP.

En 2014-2015, le CMDP s'est attardé aux dossiers suivants :

- étude des deux dossiers de décès en CHSLD ciblés par le Collège des médecins du Québec ;
- renouvellement des nominations des médecins et pharmaciens du

CSSS PDI ;

- révision de six ordonnances collectives et création de trois ordonnances collectives ;
- adoption de la refonte des règlements de régie interne du CMDP ;
- adoption du règlement du service médical ;
- adoption du règlement du département de pharmacie ;
- Mise à jour de la liste des médicaments dans le coffret d'urgence des CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et de Rivière-des-Prairies ;
- Réorganisation des tâches administratives pour le secrétariat du CMDP.

Liste des membres de l'exécutif du CMDP

Le comité exécutif du CMDP (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) du CSSS de la Pointe-de-l'Île est composé des membres suivants :

D^{re} Diane Brideau, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est, présidente ;

D^{re} Isabelle Paradis, CLSC de Rivière-des-Prairies, vice-présidente ;

D^{re} Danièle Lemieux, CLSC de Rivière-des-Prairies, secrétaire-trésorière ;

D^{re} Francine Bastien, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est ;

D^{re} Annie Bouthillier, chef de médecine, CLSC de Rivière-des-Prairies ;

D^r Edward Chirito, chef de médecine, volet hébergement ;

D^{re} Loubna Benbiga, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest ;

D^{re} Isabelle Jolicoeur, CLSC de Mercier-Est—Anjou ;

D^r Michel Bracka, CLSC de Mercier-Est—Anjou ;

D^r Pierre Shebib, chef de médecine, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est ;

D^{re} Diane Poirier, directrice des Services professionnels et des Affaires médicales, depuis le 14 juillet 2014 ;

Monsieur André Gagnière, directeur général au CSSS, jusqu'au 31 mars 2015.

Membres du CMDP

- 48 médecins ;
- 3 dentistes ;
- 6 pharmaciens.

États financiers

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

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

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 2015		
R	PR	NR		5	6	7
1	2	3	4			
Signification des codes :						
Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R : pour réserve			R : Pour réglé			
O : pour observation			PR : pour partiellement réglé			
C : pour commentaire			NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
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	2011-2012	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						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
L'établissement ne s'est pas conformé aux articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé; les résultats de l'exercice terminé le 31 mars 2015 montrent un excédent des charges sur les revenus	2014-2015	O	De ce déficit, 1 025 308 \$ sont en lien avec la Loi 10. Des mesures de réduction des dépenses ont été mises en place, afin de s'assurer de l'atteinte de l'équilibre budgétaire pour			NR

de 3 526 531 \$			2015-2016. La situation du soutien à domicile demeure toutefois une grande préoccupation.			
Deux sous-évaluations des constructions et développement en cours, ainsi que des crédettes de 460 835 \$ et de 667 000 \$ ont été relevées et non corrigées.	2014-2015	O	Aucun impact sur les résultats de l'exercice puisqu'aucun amortissement car projet en cours; il s'agit seulement d'un effet sur le bilan.			NR
Rapport à la gouvernance						
<p>La direction a mis en place au cours de l'exercice 2011-2012 un processus de surveillance de l'efficacité des contrôles interne 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.</p> <p>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>	2011-2012	O	<p>Au cours de 2014-2015, la surveillance de l'efficacité des contrôles a continué à être mise en Œuvre et l'échéancier a été établi. Cependant, les résultats de la surveillance n'ont pas été transmis au comité de vérification. C'est à faire pour les prochains exercices.</p> <p>Concernant la participation du surveillant de l'efficacité des contrôles en tant qu'exécutant de ceux-ci, la taille de l'établissement ne nous permet pas d'affecter d'autres ressources à cette tâche. Nous considérons que les contrôles compensatoires en place permettent de garantir la qualité du travail du surveillant de l'efficacité des contrôles.</p>			PR
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	2011-2012	O	Nous considérons que les coûts de mise en place d'un contrôle des coupons commandés par le chef des services alimentaires seraient trop élevés par rapport à			NR

vol ou d'erreur de coupons sans qu'aucune personne ne puisse le constater.			l'avantage qu'il procurerait. Cependant, la possibilité d'informatisé le système de coupon a commencé à être étudiée.			
Lors de la vente d'un repas, il n'y a aucune procédure empêchant les employés de la cafétéria de réutiliser les coupons. Donc il existe un risque de vol ou d'erreur de coupons sans qu'aucune personne ne puisse le constater.	2011-2012	O	Nous considérons les effets potentiels de cette recommandation non matériels. Le suivi de la numérotation des coupons de cafétéria requiert plus de temps et d'investissement que le risque potentiel soulevé. Cependant, la possibilité d'informatisé le système de coupon a commencé à être étudiée.			NR
La politique sur la sécurité des actifs informationnels n'a pas été révisée depuis sa création en 2006, comme exigé à la mesure 8 du Cadre global de gestion.	2011-2012	O	La politique sur la sécurité des actifs informationnels a été mise à jour au cours de l'exercice	R		
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.	2011-2012	O	Différents scénarios ont été envisagés pour s'assurer d'une diffusion adéquate de la politique. Ne reste qu'à les valider pour une harmonisation CIUSSS.			NR
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.	2011-2012	O	Dans le contexte de la loi 10, nous avons choisi de reporter ce point. La nouvelle organisation en CIUSSS pourrait avoir une incidence sur l'évaluation des risques de sécurité TI			NR
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.	2011-2012	O	Cet élément a été demandé de façon spécifique dans l'appel d'offre des systèmes financiers. Le fournisseur choisit nous permettra de répondre à cette exigence. Il est prévu que les systèmes financiers soient changés au 31 mars 2016.			PR
Les pilotes ont la responsabilité	2011-2012	O	Nos processus actuels de travail			NR

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.			ne permettent pas de répondre à cette exigence; nous n'avons pas de personne dédiée exclusivement à la sécurité des actifs. Cet élément sera à évaluer par la nouvelle direction des ressources informationnelles du CIUSSS.			
Nous avons constaté que l'application MédiAccès et le contrôleur de domaine ne requièrent pas la sélection de mots de passe complexes, ce qui ne permet pas de répondre aux exigences stipulées à la mesure 4.2.2 du Cadre global de gestion.	2011-2012	O	La sélection de mots de passe complexe est maintenant en fonction.	R		
Nous avons constaté qu'il n'y a pas d'approche structurée à l'égard de la surveillance des journaux, ce qui ne permet pas de répondre aux exigences stipulées à la mesure 4.3.6 du Cadre global de gestion.	2011-2012	O	Une approche structurée à l'égard de la surveillance des journaux est maintenant en place	R		
Le conseil d'administration n'a pas entériné le bilan annuel de l'organisme concernant la sécurité de ses actifs, comme requis au point 2.1 de la section « Rôles et responsabilités » du Cadre global de gestion.	2011-2012	O	Le bilan a été préparé, mais n'a pu être finalisé pour le dernier conseil d'administration qui a eu lieu le 16 mars dernier, compte tenu du contexte de la loi 10.			NR
Bien que plusieurs contrôles TI importants soient effectués par des tierces parties (CGI et Technocentre), l'établissement ne sait pas si ces contrôles sont effectués adéquatement. De ce fait, la gouvernance n'est pas en mesure d'évaluer une partie des contrôles ayant une incidence sur les aspects financiers de l'organisation. Cette situation rend la direction et le conseil d'administration à risque à l'égard du respect du Cadre global de gestion.	2011-2012	O	Ce point pourrait potentiellement disparaître car le CIUSSS de l'Est sera en mesure d'héberger tous ses systèmes d'information et d'avoir le contrôle sur ces derniers.			NR
L'organisme n'a pas instauré une procédure obligatoire pour autoriser la sortie d'équipements hors de ses installations, tel qu'exigé à la mesure 4.1.3 du Cadre global de gestion.	2011-2012	O	Une procédure obligatoire est maintenant instaurée.	R		

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	105 983 834	101 000 233	4 337 878	105 338 111	105 930 828
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	137 041	110 939		110 939	137 041
Contributions des usagers	3	9 962 367	12 095 986	XXXX	12 095 986	11 627 365
Ventes de services et recouvrements	4	413 100	678 080	XXXX	678 080	637 417
Donations (FI:P294)	5	69 961		78 805	78 805	69 961
Revenus de placement (FI:P302)	6	103 490	90 771	7 018	97 789	91 454
Revenus de type commercial	7	237 000	225 417	XXXX	225 417	234 600
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	317 172	374 555	107 976	482 531	645 094
TOTAL (L.01 à L.11)	12	117 223 965	114 575 981	4 531 677	119 107 658	119 373 760
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	84 549 129	90 147 120	XXXX	90 147 120	85 457 520
Médicaments	14	912 000	923 725	XXXX	923 725	829 937
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales	16	1 159 835	1 297 642	XXXX	1 297 642	1 150 876
Denrées alimentaires	17	1 841 000	1 849 233	XXXX	1 849 233	1 830 647
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	887 427	5 386 369	XXXX	5 386 369	5 260 074
Frais financiers (FI:P325)	19	782 719		874 721	874 721	786 019
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	4 263 485	782 086	1 102 793	1 884 879	3 663 548
Créances douteuses	21	50 000	56 366	XXXX	56 366	54 371
Loyers	22	3 451 585	3 622 418	XXXX	3 622 418	3 676 646
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	2 381 059	XXXX	2 293 980	2 293 980	2 381 059
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	16 605 510	14 297 736		14 297 736	13 191 439
TOTAL (L.13 à L.27)	28	116 883 749	118 362 695	4 271 494	122 634 189	118 282 136
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	340 216	(3 786 714)	260 183	(3 526 531)	1 091 624

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	99 642 785	99 108 986	1 891 247	101 000 233	99 589 779
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	137 041		110 939	110 939	137 041
Contributions des usagers (P301)	3	9 962 367	12 095 986	XXXX	12 095 986	11 627 365
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	413 100	678 080	XXXX	678 080	637 417
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	100 000	88 051	2 720	90 771	87 964
Revenus de type commercial (P351)	7	237 000	XXXX	225 417	225 417	234 600
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	317 172	374 555		374 555	645 094
TOTAL (L.01 à L.11)	12	110 809 465	112 345 658	2 230 323	114 575 981	112 959 260
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	84 549 129	88 467 295	1 679 825	90 147 120	85 457 520
Médicaments (P750)	14	912 000	923 725	XXXX	923 725	829 937
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	1 159 835	1 297 642	XXXX	1 297 642	1 150 876
Denrées alimentaires	17	1 841 000	1 849 233	XXXX	1 849 233	1 830 647
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	887 427	5 386 369	XXXX	5 386 369	5 260 074
Frais financiers (P325)	19	(3 300)		XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	1 422 604	782 086		782 086	822 667
Créances douteuses (C2:P301)	21	50 000	56 366		56 366	54 371
Loyers	22	3 451 585	3 520 665	101 753	3 622 418	3 676 646
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	16 530 510	13 930 985	366 751	14 297 736	13 116 439
TOTAL (L.13 à L.24)	25	110 800 790	116 214 366	2 148 329	118 362 695	112 199 177
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	8 675	(3 868 708)	81 994	(3 786 714)	760 083

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(108 484)	1 387 632	1 279 148	187 524	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(108 484)	1 387 632	1 279 148	187 524	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(3 786 714)	260 183	(3 526 531)	1 091 624	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(3 895 198)	1 647 815	(2 247 383)	1 279 148	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	90 828	90 828	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(2 338 211)	1 188 320	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(2 247 383)	1 279 148	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
	1	2	3	4	
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	4 712 003	59 797	4 771 800	5 800 684
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	2 427 100	342 190	2 769 290	3 590 083
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	1 496 461		1 496 461	1 241 065
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	427 547	(427 547)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	7 764 619	7 627 053	15 391 672	14 057 095
	8				
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	98 006	98 006	94 391
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	254 113		254 113	327 388
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	17 081 843	7 699 499	24 781 342	25 110 706
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		1 582 012	1 582 012	1 167 438
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	10 236 167	234 685	10 470 852	9 926 550
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	3 247 731	3 247 731	3 462 963
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		267 190	267 190	192 898
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	1 385 437	599 788	1 985 225	1 029 119
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	31 239 291	31 239 291	28 497 406
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX	75 000	75 000	75 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	9 858 758	XXXX	9 858 758	9 718 750
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	54 000		54 000	366 143
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	21 534 362	37 245 697	58 780 059	54 436 267
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(4 452 519)	(29 546 198)	(33 998 717)	(29 325 561)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	31 194 013	31 194 013	29 946 139
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	329 754	XXXX	329 754	405 813
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	227 567		227 567	252 757
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	557 321	31 194 013	31 751 334	30 604 709
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DEFICITS) CUMULES (L.27 + L.31 - L.32)	33	(3 895 198)	1 647 815	(2 247 383)	1 279 148

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent	
	1	2	3	4	5	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(29 579 039)	(2 062 780)	(27 262 781)	(29 325 561)	(29 644 539)
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(29 579 039)	(2 062 780)	(27 262 781)	(29 325 561)	(29 644 539)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		(3 786 714)	260 183	(3 526 531)	1 091 624
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(3 541 854)	(3 541 854)	(2 977 669)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	2 293 980	2 293 980	2 381 059
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	(1 247 874)	(1 247 874)	(596 610)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(2 167 284)	XXXX	(2 167 284)	(1 963 271)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(79 287)		(79 287)	(411 409)
Utilisation de stocks de fournitures	17		2 243 343	XXXX	2 243 343	1 912 047
Utilisation de frais payés d'avance	18		104 477		104 477	286 597
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		101 249		101 249	(176 036)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		(3 685 465)	(987 691)	(4 673 156)	318 978
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(29 579 039)	(5 748 245)	(28 250 472)	(33 998 717)	(29 325 561)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(3 526 531)	1 091 624
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	101 249	(176 036)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7		
Amortissement des immobilisations	8	2 293 980	2 381 059
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	25 329	16 176
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(1 583 230)	(3 576 371)
Autres	13		54 371
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	837 328	(1 300 801)
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	15	2 074 658	(1 203 584)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	(614 545)	(1 412 761)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(3 541 854)	(2 977 669)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(3 541 854)	(2 977 669)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	4 452 971	13 640 524
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		(5 951 692)
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(1 711 086)	(1 518 700)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5	(28 944)	(58 654)
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	1 618 336	7 181 118
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8	(990 008)	(10 880 812)
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(213 754)	(131 144)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10		
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	3 127 515	2 280 640
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):	14	(1 028 884)	(2 109 790)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	5 800 684	7 910 834
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	4 771 800	5 801 044
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	4 771 800	5 800 684
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	4 771 800	5 800 684

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	820 793	(1 865 290)
Autres débiteurs	2	(255 396)	(62 432)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	248 653	
Frais reportés liés aux dettes	4	73 275	
Autres éléments d'actifs	5		(53 608)
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	544 302	(710 801)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	(215 232)	703 251
Intérêts courus à payer	9	74 292	54 737
Revenus reportés	10	956 106	291 540
Passifs environnementaux	11		75 000
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	140 008	
Autres éléments de passifs	13	(312 143)	364 019
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	2 074 658	(1 203 584)
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15		
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18		
Intérêts encaissés (revenus)	19		
Intérêts débiteurs (dépenses)	20		
Intérêts déboursés (dépenses)	21		
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

CHARGES BRUTES PAR CENTRE D'ACTIVITÉ - C.L.S.C.

NON EXCLUSIFS À UN PROGRAMME

Exercice courant Exercice précédent Variation (C.1-C.2)
1 2 3

SERVICES A DOMICILE

6173 Soins infirmiers à domicile réguliers - non réparti	1	5 375 157	5 074 515	300 642
6174 Soins infirmiers à domicile continus	2	671 977	588 162	83 815
6178 Soins infirmiers à domicile (hors territoire)	3			
6351 Inhalothérapie à domicile	4			
6530 Aide à domicile	5	13 138 125	10 141 121	2 997 004
6561 Services psychosociaux à domicile	6	3 723 051	3 624 497	98 554
6864 Audiologie / orthophonie à domicile	7			
7111 Nutrition à domicile	8	21 420	22 006	(586)
7120 Intervention communautaire - S.A.D.	9			
7151 Gestion et soutien des services à domicile	10	1 379 464	1 371 938	7 526
7161 Ergothérapie à domicile	11	1 811 445	1 825 219	(13 774)
7162 Physiothérapie à domicile	12	1 186 476	1 080 678	105 798
7163 Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	13			
TOTAL DES SERVICES NON EXCLUSIFS À DOMICILE (L.01 à L.13) (Note 1)	14	27 307 115	23 728 136	3 578 979

AUTRES

6240 L'urgence	15			
6390 Service de pastorale	16			
6430 Encadrement des ressources non institutionnelles	17			
6513 Santé parentale et infantile - CLSC	18	1 118 695	1 090 007	28 688
6518 Santé parentale et infantile (hors territoire)	19			
6564 Psychologie	20			
6590 Santé scolaire	21	186 084	193 257	(7 173)
6806 Pharmacie en CLSC	22	89 263	45 866	43 397
6861 Audiologie	23	XXXX		XXXX
6862 Orthophonie	24	XXXX		XXXX
6863 Audiologie / orthophonie (autres en C.L.S.C.)	25			
6870 Physiothérapie	26			
6880 Ergothérapie	27			
7112 Nutrition - autres	28	133 204	110 719	22 485
7152 Gestion et soutien aux autres programmes	29	2 821 736	2 872 266	(50 530)
7158 Gestion et soutien aux programmes (hors territoire)	30			
7999 Autres activités spéciales	31			
TOTAL AUTRES SERVICES NON EXCLUSIFS (L.15 à L.31)	32	4 348 982	4 312 115	XXXX
TOTAL SERVICES NON EXCLUSIFS (L.14 + L.32)	33	31 656 097	28 040 251	XXXX

Note 1: Le soutien à domicile comprend également les services exclusifs déclarés au 7081, 7082, et 7083

Fonds d'exploitation-Activités principales

exercice terminé le 31 mars 2015 - NON AUDITÉE

CHARGES BRUTES PAR CENTRE D'ACTIVITÉS - C.L.S.C.

PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE		Exercice courant	Exercice précédent	Variation (C.1-C.2)
		1	2	3
4110 Développement, adaptation et intégration sociale	1	1 671 768	1 577 937	93 831
4120 Habitude de vie et maladies chroniques	2	375 554	357 221	18 333
4131 Maladies infectieuses à déclaration oblig. signalements et éclosions	3	229 192	238 345	(9 153)
4132 Immunisation et manifestations cliniques inhabituelles liées à l'immunisation	4	1 038 040	1 094 971	(56 931)
4133 Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang	5	183 751	224 832	(41 081)
4134 Vaccination massive et urgente	6			
4140 Autres activités de santé publique	7	31 012	29 361	1 651
4150 Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	8	950 289	937 025	13 264
4160 Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	9	84 624	79 639	4 985
6540 Services dentaires préventifs	10	326 709	313 169	13 540
	11	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX
7157 Gestion et soutien aux programmes santé publique	13	426 853	510 661	(83 808)
7995 Lutte à une pandémie d'influenza	14			
TOTAL (L.01 à L.14)	15	5 317 792	5 363 161	(45 369)

PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

5950 Formation donnée par le personnel infirmier	16			
5960 Autres services téléphoniques régionaux	17			
5970 Info-social	18			
5980 Services infirmiers dans les GMF et CR	19	679 036	388 475	290 561
5990 Pratique des sages femmes	20			
6090 Info-Santé	21			
6304 Unité de médecine familiale	22			
6307 Services de santé courants	23	3 134 197	2 820 289	313 908
6308 Services de santé courants (hors territoire)	24			
6461 Services sociaux aux revendicateurs du statut de réfugié	25			
6462 Services de santé aux revendicateurs du statut de réfugié	26			
6562 Services psychosociaux - autres que SAD	27	1 429 210	1 279 407	149 803
6568 Services psychosociaux (hors territoire)	28			
6606 Centre de prélèvements	29	616 758	628 145	(11 387)
7154 Gestion et soutien d'une centrale	30			
7155 Gestion et soutien des services sociaux et santé aux réfugiés	31			
TOTAL (L.16 à L.31)	32	5 859 201	5 116 316	742 885

PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

5552 Supervision et suivi des usagers en RNI-Santé physique	33			
6322 Unité retraitement disp. méd. CLSC-CH	34			
6352 Inhalothérapie - autres	35			
6463 Services psychosociaux aux réfugiés	36			
6464 Services de santé aux réfugiés	37			
6558 Services dentaires curatifs (hors territoire)	38			
6559 Services dentaires curatifs (non réparti)	39			
6607 Laboratoires regroupés	40			
6710 Electrophysiologie	41			
6831 Radiologie générale	42	413 299	394 435	18 864
6839 Support à l'imagerie médicale	43			
6865 Orthophonie pour enfants en C.L.S.C.	44			
7395 Déplacement des personnes en hémodialyse	45			

CHARGES BRUTES PAR CENTRE D'ACTIVITÉS - C.L.S.C.

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE (suite)				
7401 Déplacement des usagers entre établissements	1			
7402 Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus	2			
7403 Déplacement des usagers par évacuations aéromédicales du Québec	3			
7404 Déplacement des cas électifs	4			
Total (P.701, L.33 à L.45 + P.702, L.01 à L.04)	5	413 299	394 435	18 864
PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES				
5514 RI - Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	6			
5534 RTF - Résidence d'accueil - Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	7			
5554 Supervision et suivi des usagers en RNI - Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	8			
6380 Services ambulatoires de psychogériatrie	9			
6960 Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	10	260 439	334 144	(73 705)
	11	XXXX	XXXX	XXXX
7156 Gestion et soutien à la psychogériatrie ou au centre de jour	12	103 498	104 996	(1 498)
TOTAL (L.06 à L.12)	13	363 937	439 140	(75 203)
PROGRAMME SANTÉ MENTALE				
5513 Ressources intermédiaires - santé mentale	14			
5553 Supervision et suivi des usagers en RNI - santé mentale	15			
5920 Intervention et suivi de crise	16			
5930 Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	17	3 675 300	3 498 586	176 714
5940 Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave	18			
6977 Centre de jour en santé mentale - jeunes (0-17 ans)	19			
6978 Centre de jour en santé mentale - adultes (18-100 ans)	20			
7043 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (santé mentale)	21			
TOTAL (L.14 à L.21)	22	3 675 300	3 498 586	176 714
PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ				
5910 Services psychosociaux pour les JD et leur famille	23	2 039 128	1 851 363	187 765
TOTAL (L.24 = L.23)	24	2 039 128	1 851 363	187 765
PROGRAMME DÉPENDANCES				
6680 Services externes en toxicomanie	25	76 822	78 037	(1 215)
TOTAL (L.26 = L.25)	26	76 822	78 037	(1 215)
PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE				
5537 RTF - Résidences d'accueil - déficience physique	27			
7042 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (déficience physique)	28			
7081 Soutien aux familles des personnes ayant une D.P.	29	329 549	309 400	20 149
7108 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - déficience physique	30	221 218	215 732	5 486
7391 Déplacement des personnes ayant une déficience physique	31			
TOTAL (L.27 à L.31)	32	550 767	525 132	25 635

Fonds d'exploitation-Activités principales

exercice terminé le 31 mars 2015 - NON AUDITÉE

CHARGES BRUTES PAR CENTRE D'ACTIVITÉS - C.H.S.L.D.

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
NON EXCLUSIFS À UN PROGRAMME				
6390 Service de pastorale	1	129 602	123 678	5 924
6430 Encadrement des ressources non institutionnelles	2	217 145	212 976	4 169
6561 Services psychosociaux à domicile	3			
6564 Psychologie	4			
6565 Services sociaux	5	213 364	214 218	(854)
6805 Pharmacie - usagers hébergés	6	2 104 817	1 891 902	212 915
6870 Physiothérapie	7	468 554	442 373	26 181
6880 Ergothérapie	8	359 169	347 059	12 110
6890 Animation / loisirs	9	502 232	484 172	18 060
7152 Gestion et soutien aux autres programmes	10			
7690 Transport externe des usagers	11	284 612	260 182	24 430
7910 Besoins spéciaux	12	24 170	37 800	(13 630)
7995 Lutte à une pandémie d'influenza	13			
7999 Autres activités spéciales	14			
TOTAL (L.01 à L.14)	15	4 303 665	4 014 360	289 305
PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE				
6606 Centre de prélèvements	16			
TOTAL (L.17 = L.16)	17			
PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE				
4132 Immunisation et manifestations clinique inhabituelles liées à l'immunisation	18			
4134 Vaccination massive et urgente	19			
Total (L.18 + L.19)	20			
PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE				
5950 Formation donnée par le personnel infirmier	21			
6080 Soins infirmiers et d'assistance en URFI	22			
6352 Inhalothérapie - autres	23			
6607 Laboratoires regroupés	24			
6831 Radiologie générale	25			
6839 Support à l'imagerie médicale	26			
6861 Audiologie	27			
6862 Orthophonie	28			
7401 Déplacement des usagers entre établissements	29	176 914	170 350	6 564
7402 Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus	30			
7553 Nutrition clinique	31	342 910	317 190	25 720
TOTAL (L.21 à L.31)	32	519 824	487 540	32 284
PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES				
5514 Ressources intermédiaires - PEPALAV	33	4 497 534	4 382 072	115 462
5534 RTF - Résidences d'accueil - PEPALAV	34			
5544 Autres ressources non institutionnelles d'hébergement - PEPALAV	35	888 835	878 002	10 833
5554 Supervision et suivi des usagers en RNI - PEPALAV	36		4 579	(4 579)
6060 Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	37	11 034 648	10 607 751	426 897
6160 Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	38	14 435 445	13 842 953	592 492
6290 Hôpital de jour gériatrique	39			
6960 Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	40	563 263	577 714	(14 451)
6988 Foyer de groupe - perte d'autonomie liée au vieillissement	41			
TOTAL (L.33 à L.41)	42	31 419 725	30 293 071	1 126 654

PEPALAV: personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

CHARGES BRUTES PAR CENTRE D'ACTIVITÉS - C.H.S.L.D.

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1-C.2) 3
PROGRAMME SANTÉ MENTALE				
5513 Ressources intermédiaires - santé mentale	1			
5533 RTF - Résidences d'accueil - santé mentale	2			
5543 Autres ressources non institutionnelles d'hébergement - santé mentale	3			
5553 Supervision et suivi des usagers en RNI - santé mentale	4			
6270 Unité d'hébergement et de soins L.D. aux adultes avec diagnostic psychiatrique	5			
TOTAL (L.01 à L.05)	6			
PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE				
5557 Supervision et suivi des usagers en RNI - déficience physique	7			
TOTAL (L.08 = L.07)	8			
PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA				
5556 Supervision et suivi des usagers en RNI - DI et TSA	9			
TOTAL (L.10 = L.09)	10			
ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES				
6000 Administration des soins	11	2 045 544	2 094 031	(48 487)
7202 Coordination et soutien	12	23 144	37 504	(14 360)
7203 Bibliothèque	13			
7301 Direction générale	14	592 553	716 548	(123 995)
7302 Administration financière	15	619 006	614 428	4 578
7303 Administration du personnel	16	954 225	997 340	(43 115)
7304 Administration des services professionnels	17	140 152	144 528	(4 376)
7305 Service de la vérification interne	18			
7306 Administration financière et du personnel (non réparti)	19			
7307 Approvisionnement et services	20	231 519	227 326	4 193
7320 Administration des services techniques	21	73 044	78 940	(5 896)
7340 Informatique	22	335 186	410 048	(74 862)
7532 Archives	23	154 047	160 759	(6 712)
7533 Réception - archives - télécommunications (non réparti)	24			
7534 Réception	25	200 937	185 773	15 164
7535 Télécommunications	26	207 284	294 725	(87 441)
7554 Alimentation - autres	27	5 377 481	5 421 319	(43 838)
7604 Buanderie	28	586 539	667 841	(81 302)
7605 Entretien des vêtements des usagers	29	199 847	187 309	12 538
7606 Cueillette, distribution et autres charges	30	568 377	526 703	41 674
7930 Personnel en prêt de services	31	54 680	32 995	21 685
TOTAL (L.11 à L.31)	32	12 363 565	12 798 117	(434 552)
Transferts de frais généraux	33	14 043	20 455	(6 412)
TOTAL (L.32 - L.33)	34	12 349 522	12 777 662	(428 140)

Annexe 1 - Ententes de gestion

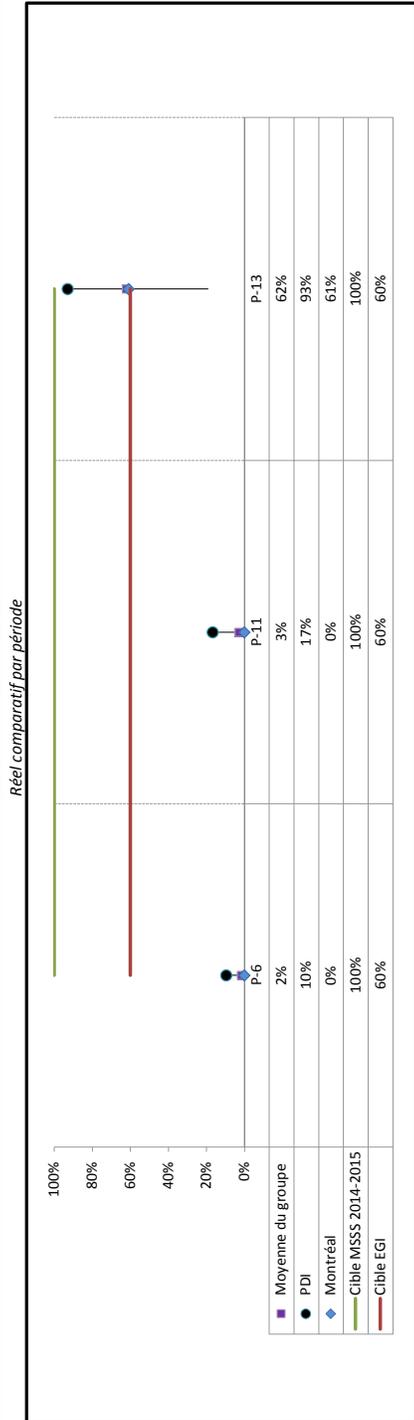
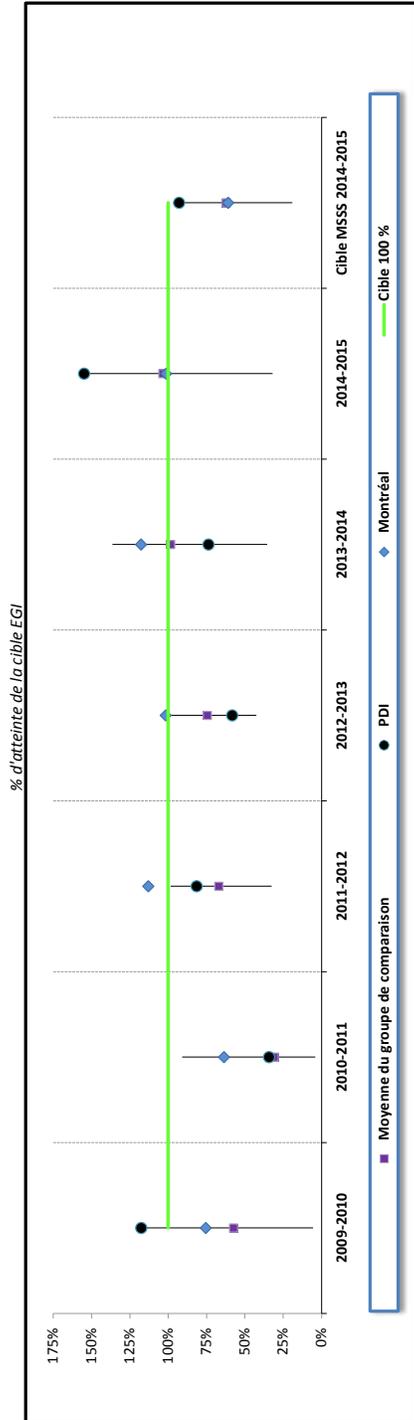
Enjeux 1: Agir en amont

Orientation 1.1: Agir sur les principaux déterminants de la santé

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

155%

1.01.13 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)



Enjeux 1: Agir en amont

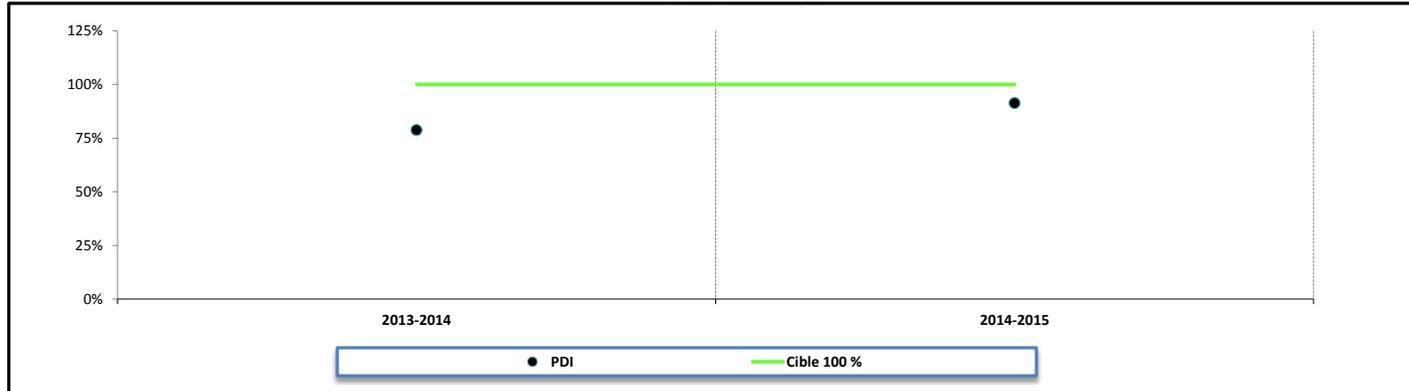
Orientation 1.1 : Agir sur les principaux déterminants de la santé

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

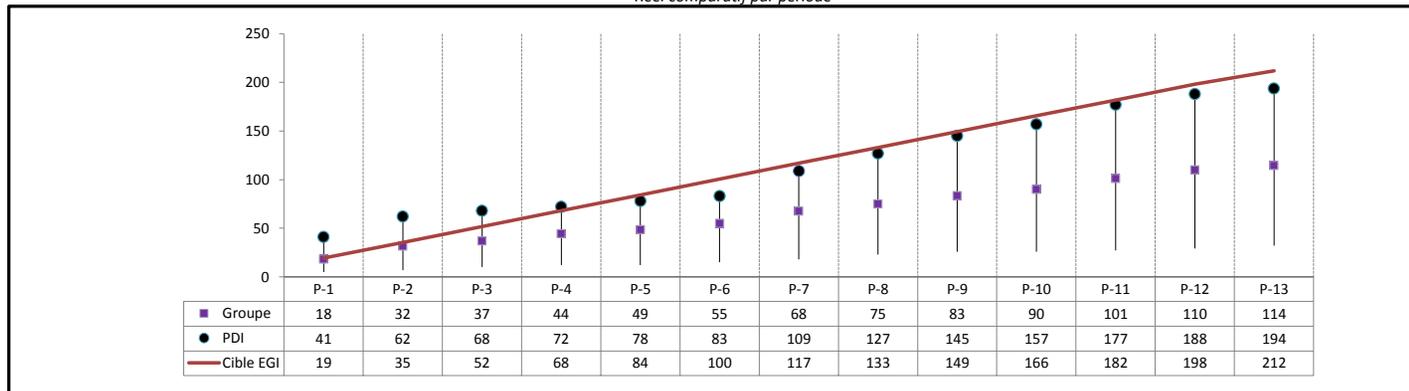
91%

GES-0101 Nombre de fumeurs rejoints par le centre d'abandon du tabac

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 1: Agir en amont

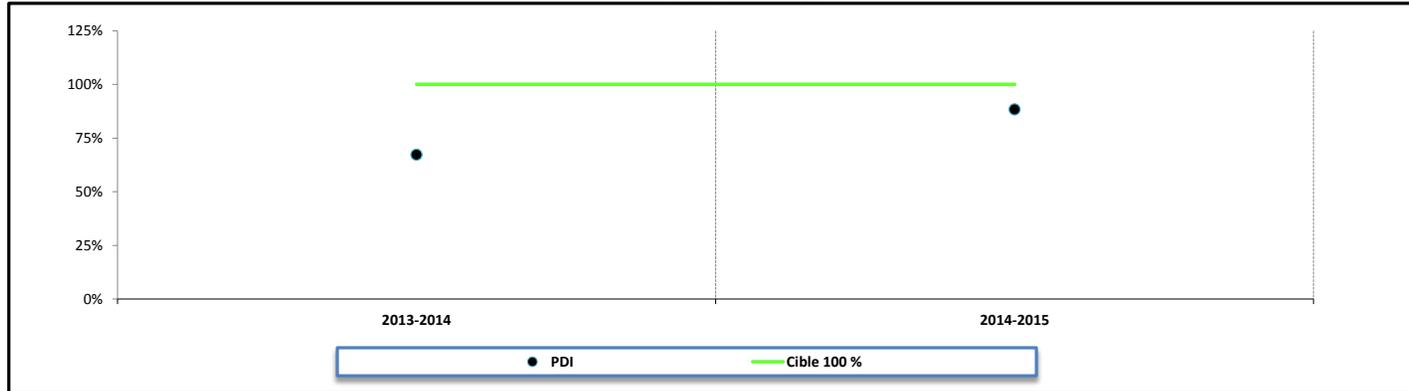
Orientation 1.1 : Agir sur les principaux déterminants de la santé

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

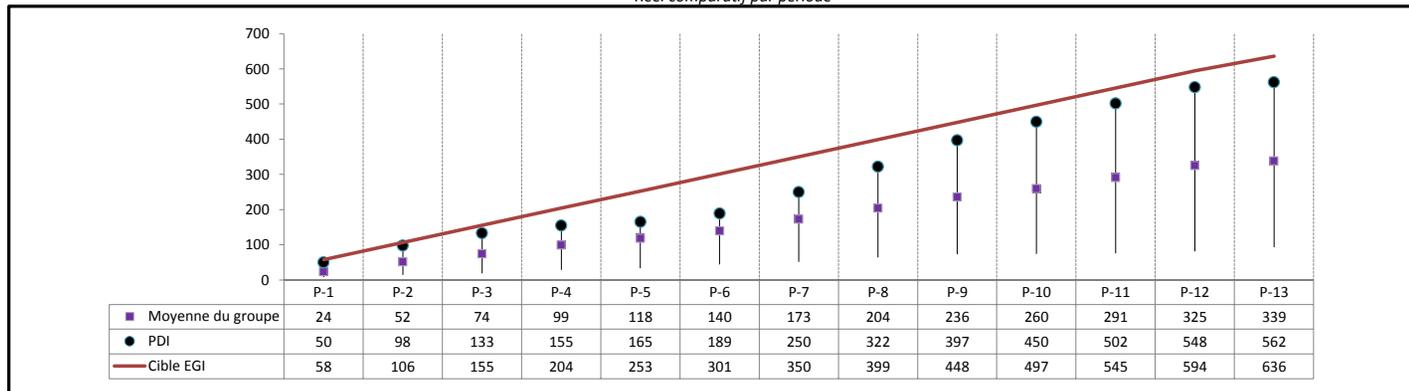
88%

R14-0102 - Nombre d'interventions individuelles effectuées dans le centre d'abandon du tabac

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

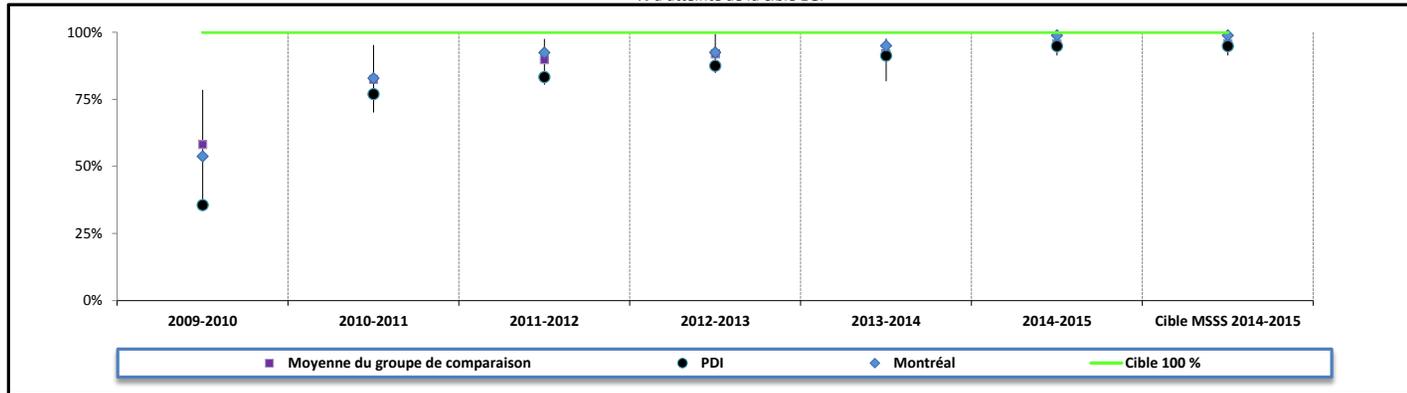
Orientation 2.1 : Améliorer l'accès aux services généraux de 1^{re} ligne

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

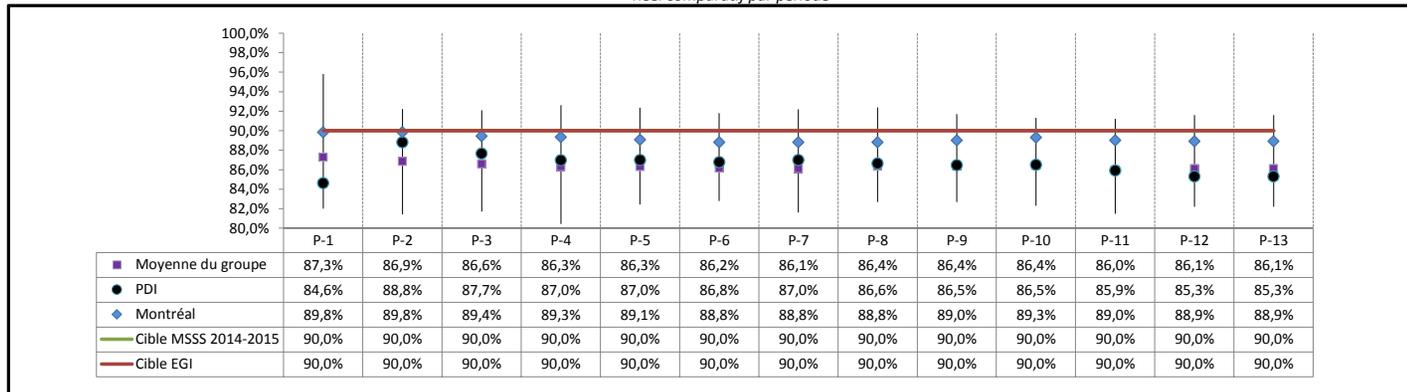
95%

1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

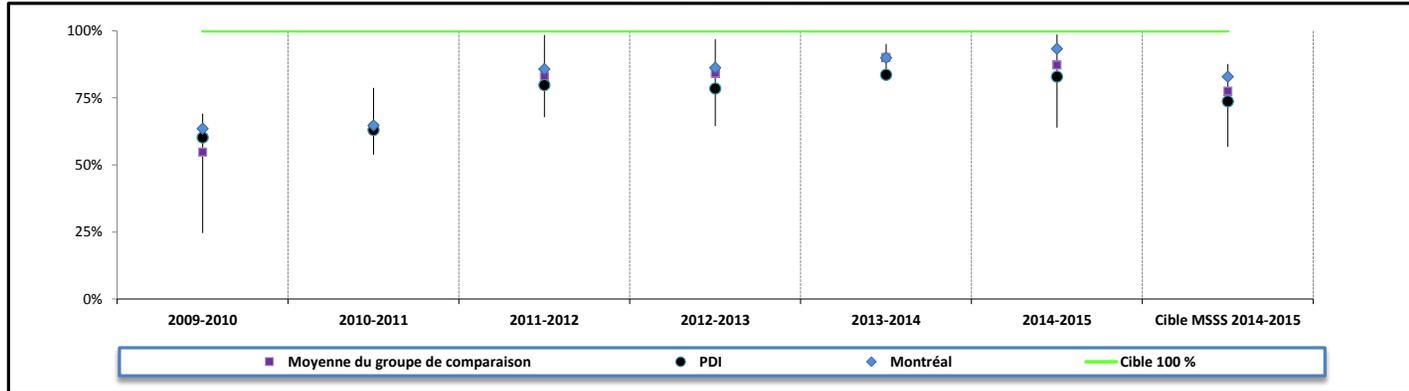
Orientation 2.1 : Améliorer l'accès aux services généraux de 1^{re} ligne

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

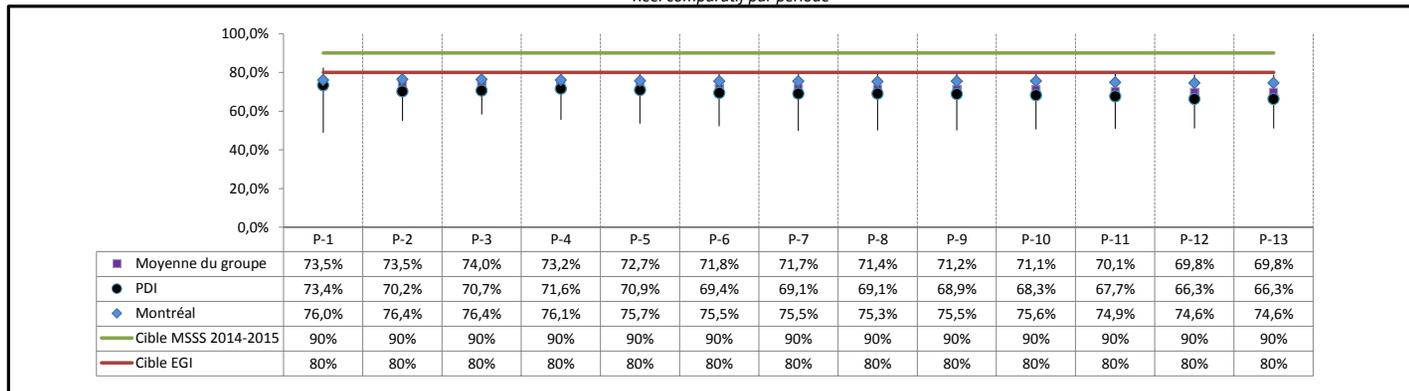
83%

1.01.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

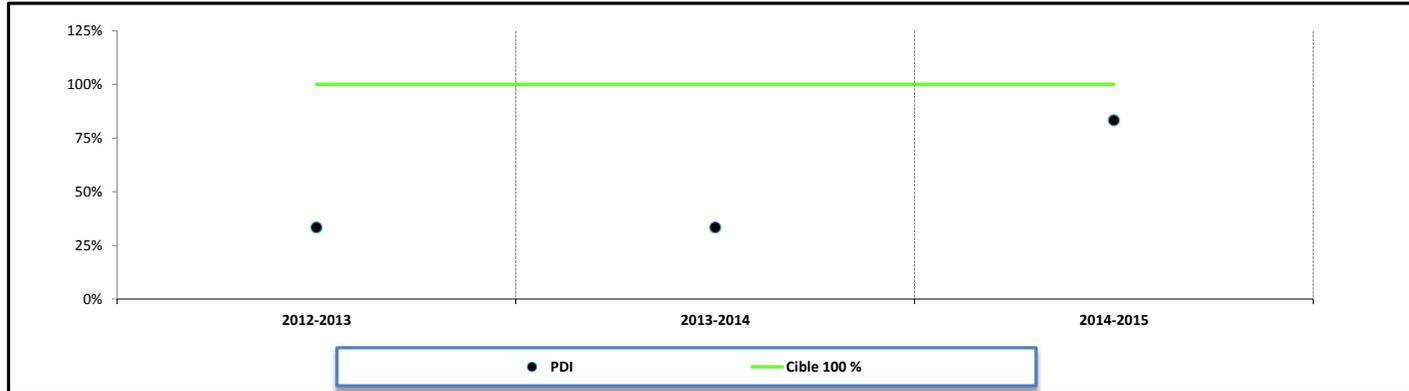
Orientation 2.1 : Améliorer l'accès aux services généraux de 1^{re} ligne

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

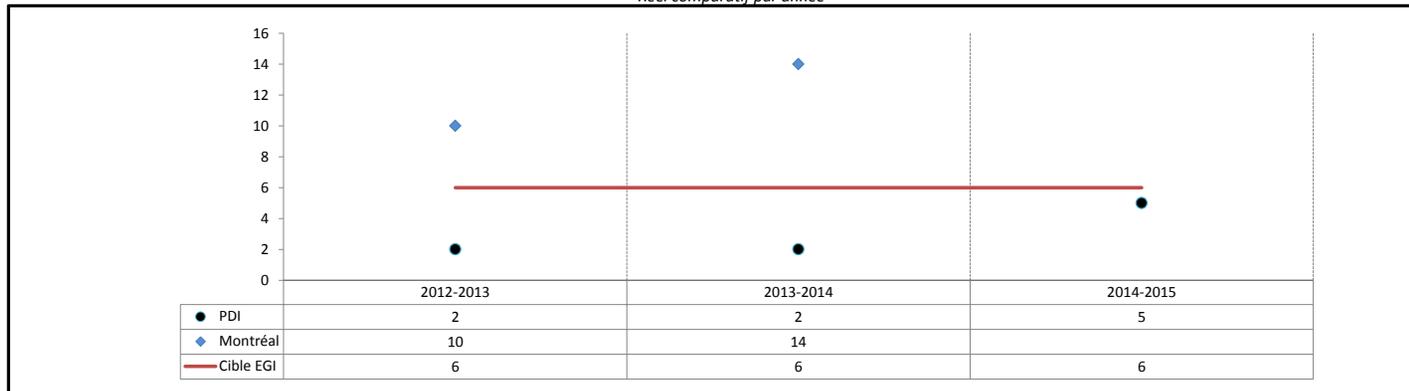
83%

3.07 Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par année



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

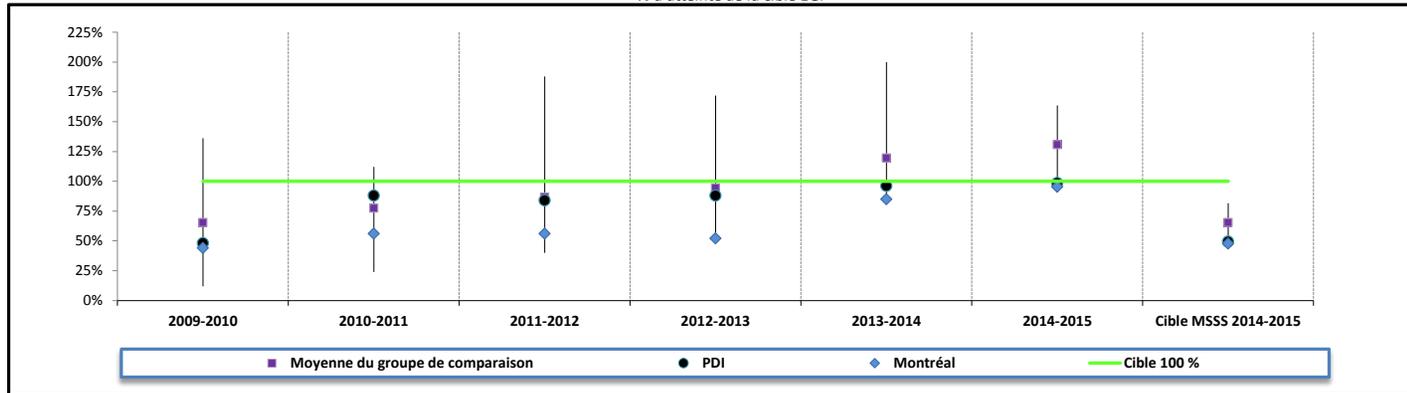
Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des personnes vulnérables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

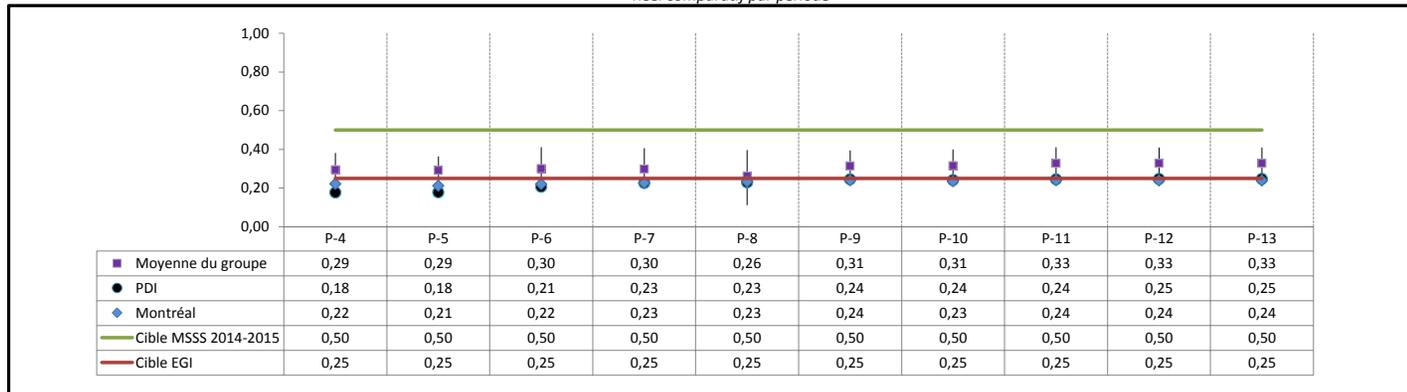
99%

1.01.12.B1 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale)

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

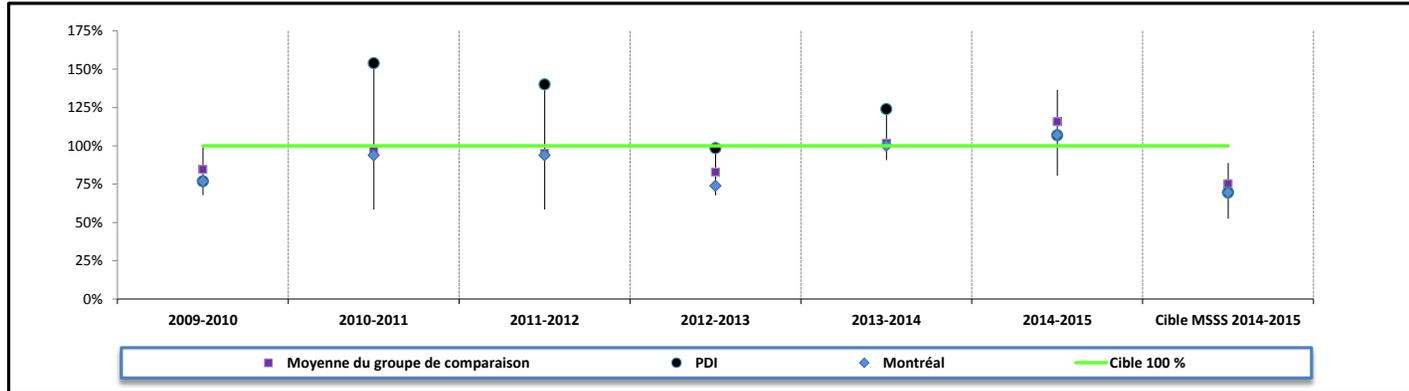
Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des personnes vulnérables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

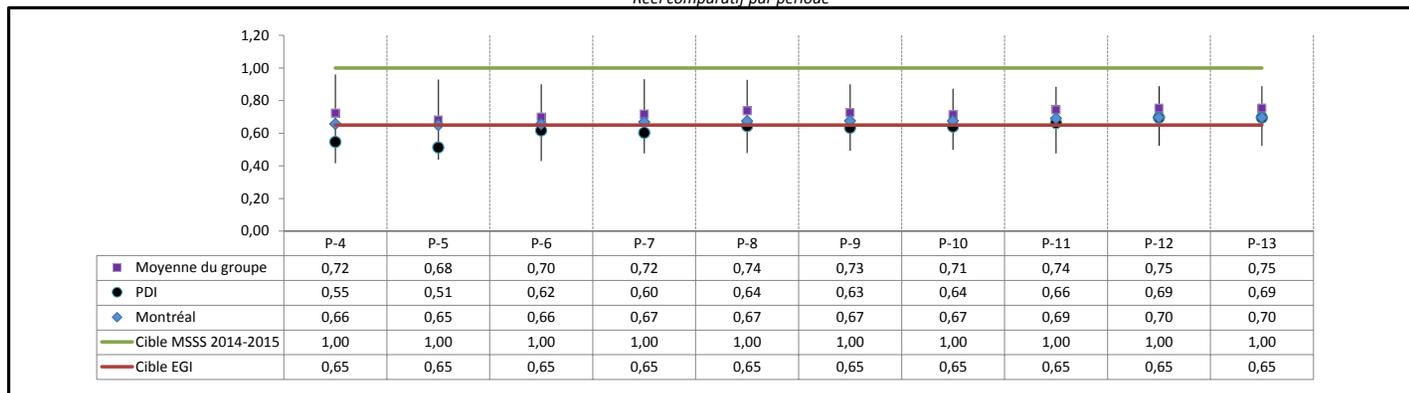
107%

1.01.12.B2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1)

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

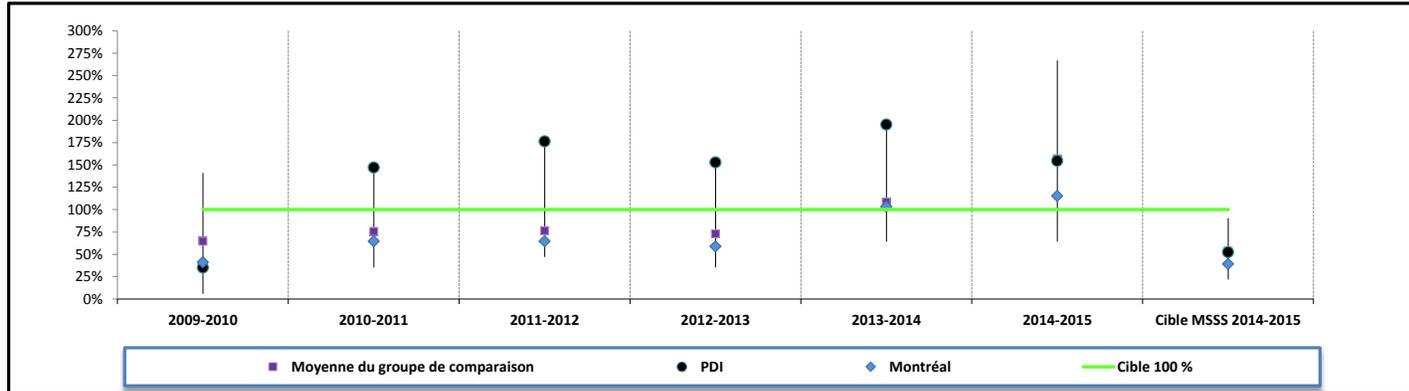
Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des personnes vulnérables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

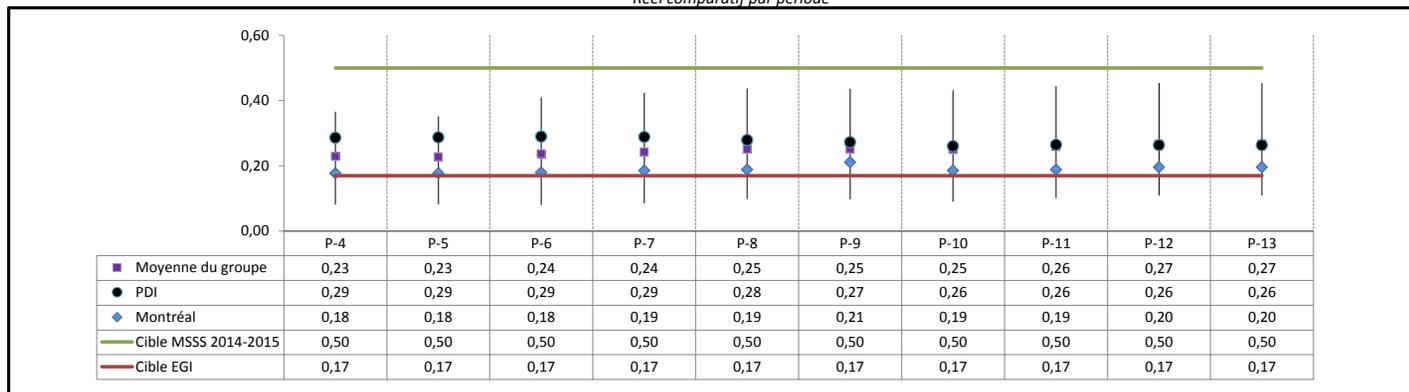
155%

1.01.12.B3 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2)

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

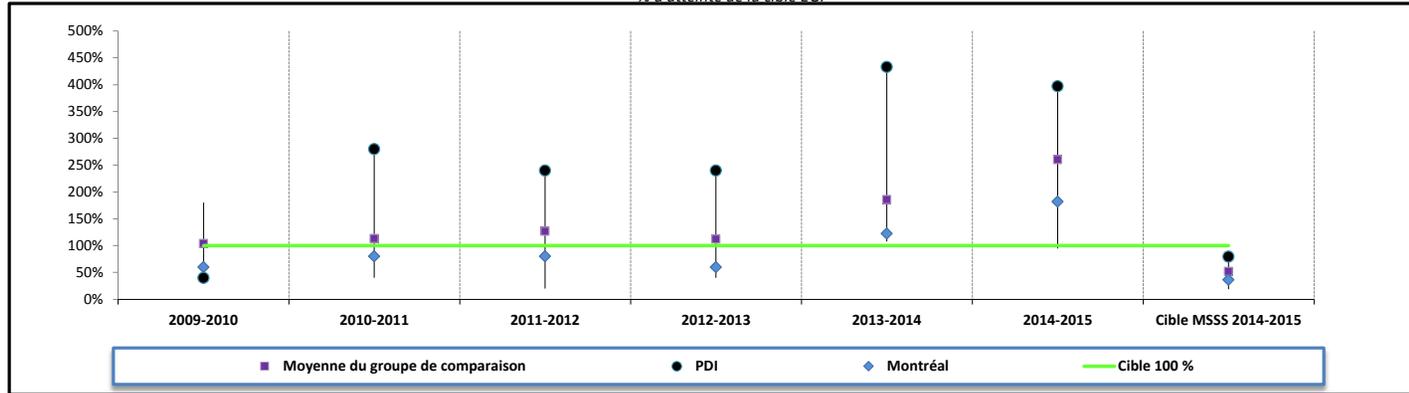
Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des personnes vulnérables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

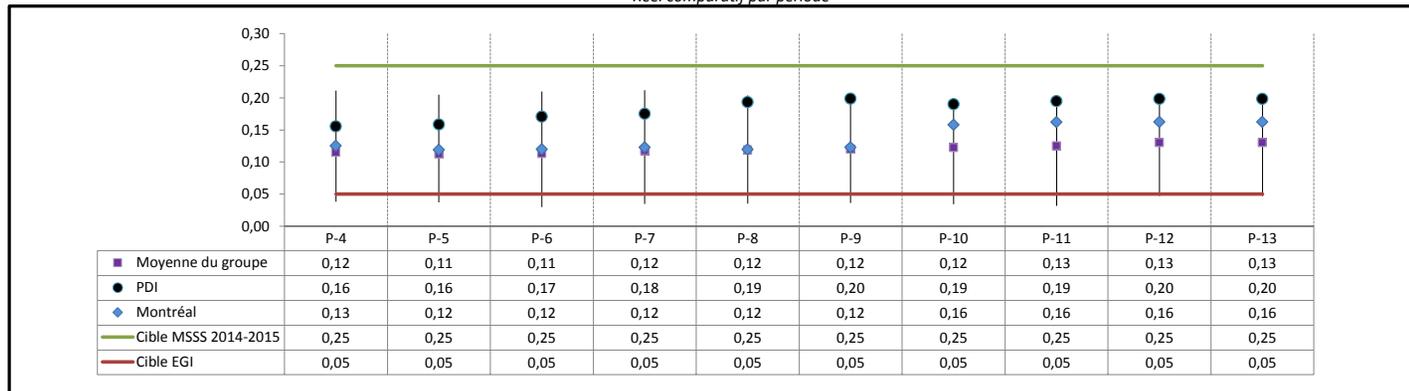
397%

1.01.12.B4 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3)

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

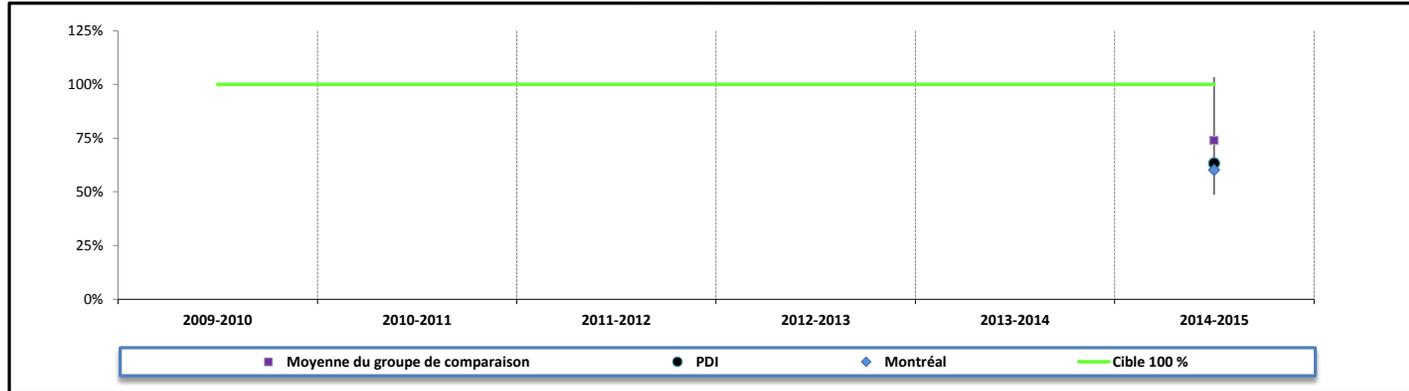
Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des personnes vulnérables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

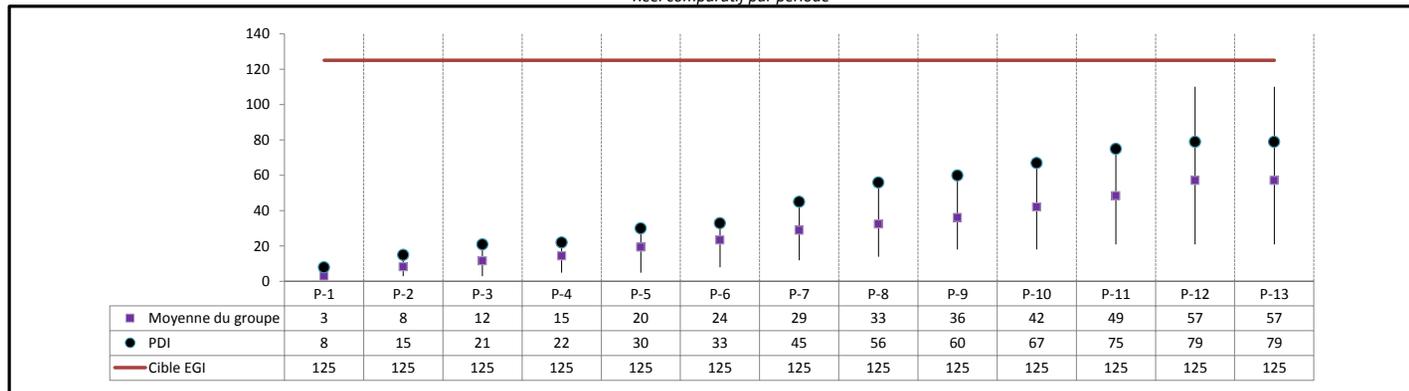
63%

1.01.12 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

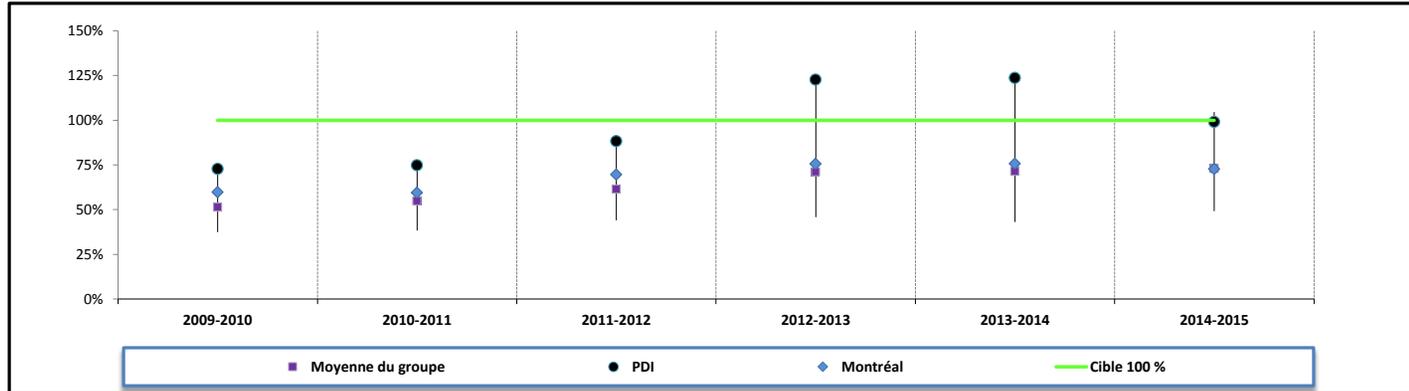
Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des personnes vulnérables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

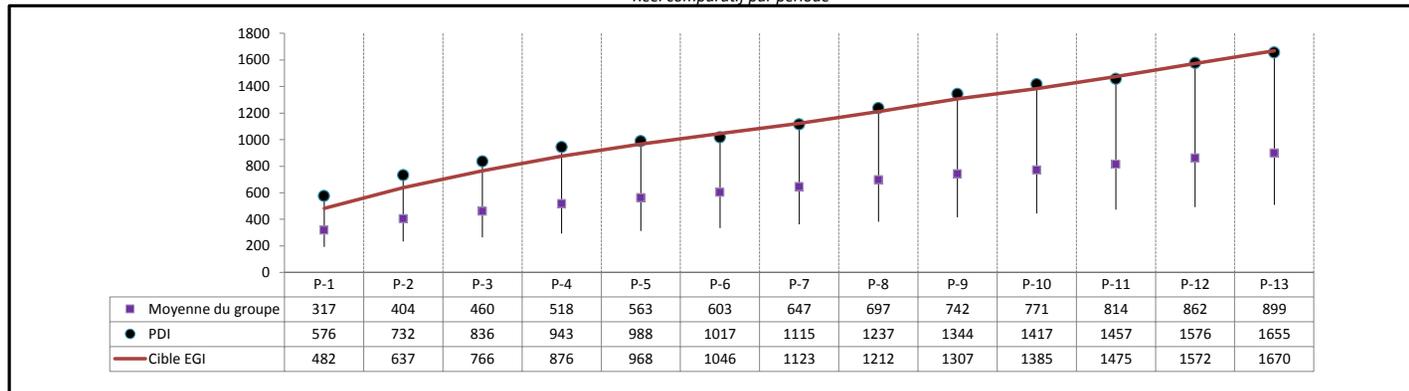
99%

1.41.04.01 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissements

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

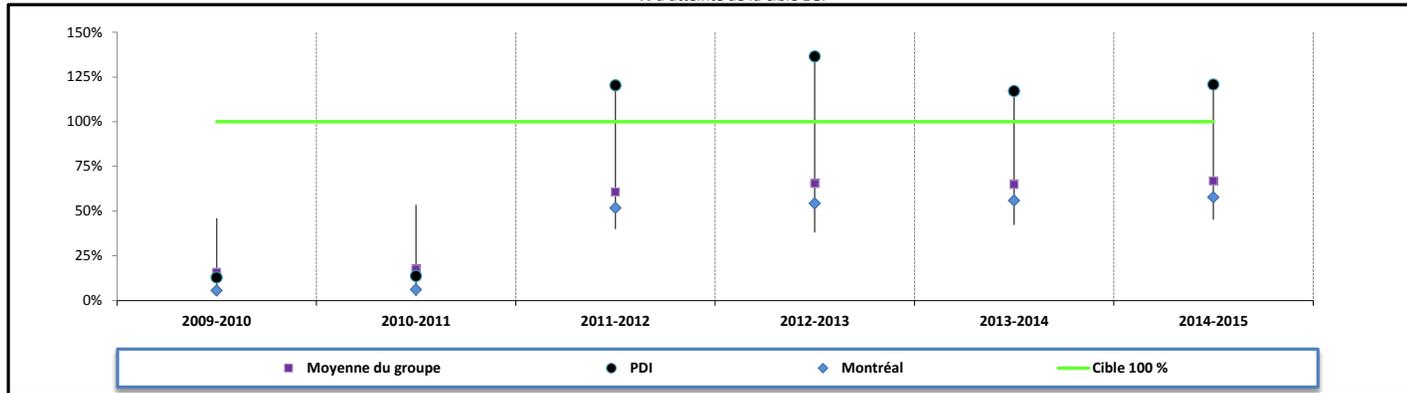
Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des personnes vulnérables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

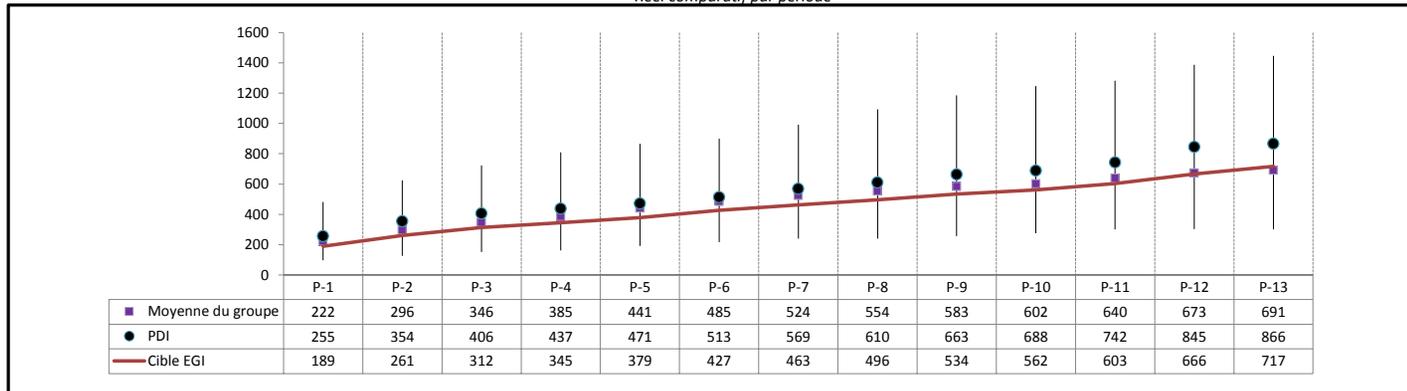
121%

1.41.05.01 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services en établissements

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

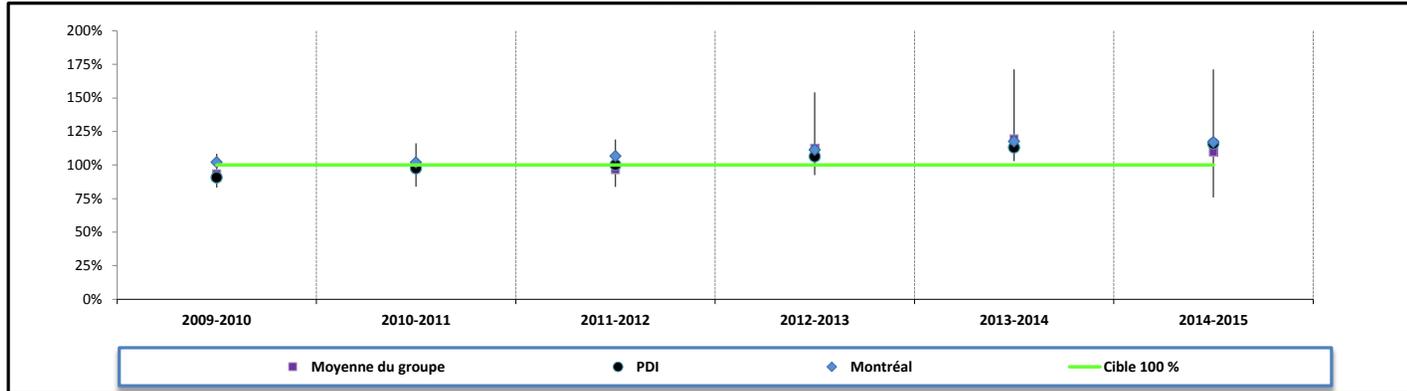
Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des personnes vulnérables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

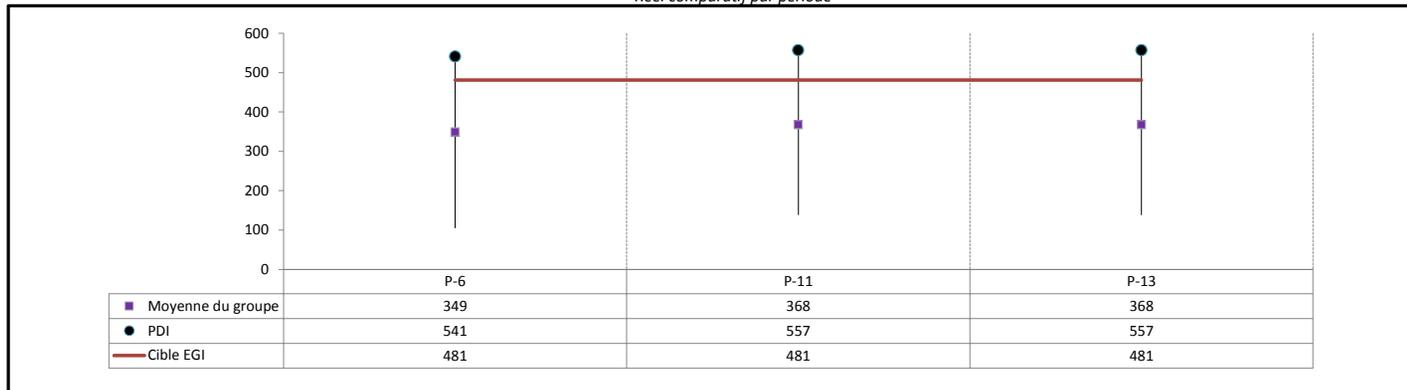
116%

1.05.13 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répétition, gardiennage, dépannage) par allocation directe

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

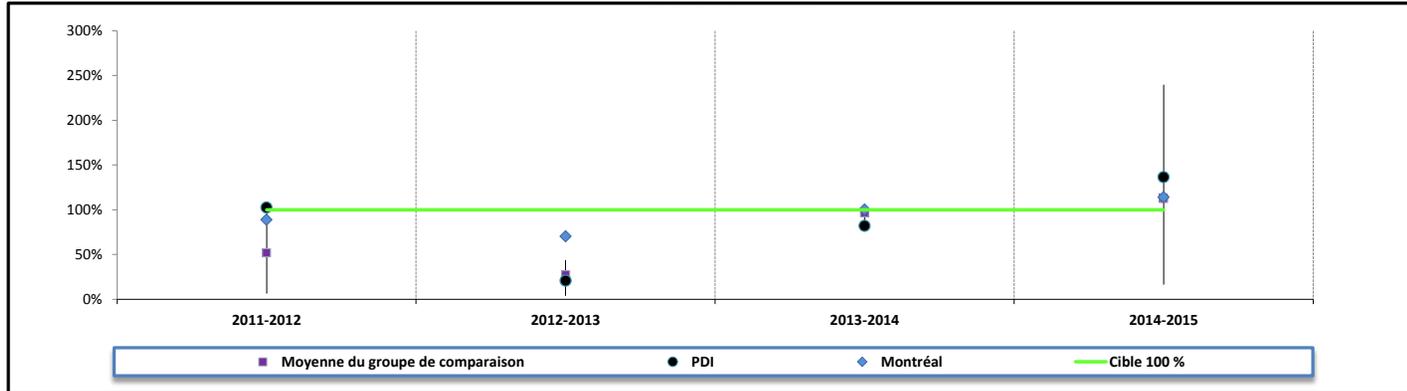
Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des personnes vulnérables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

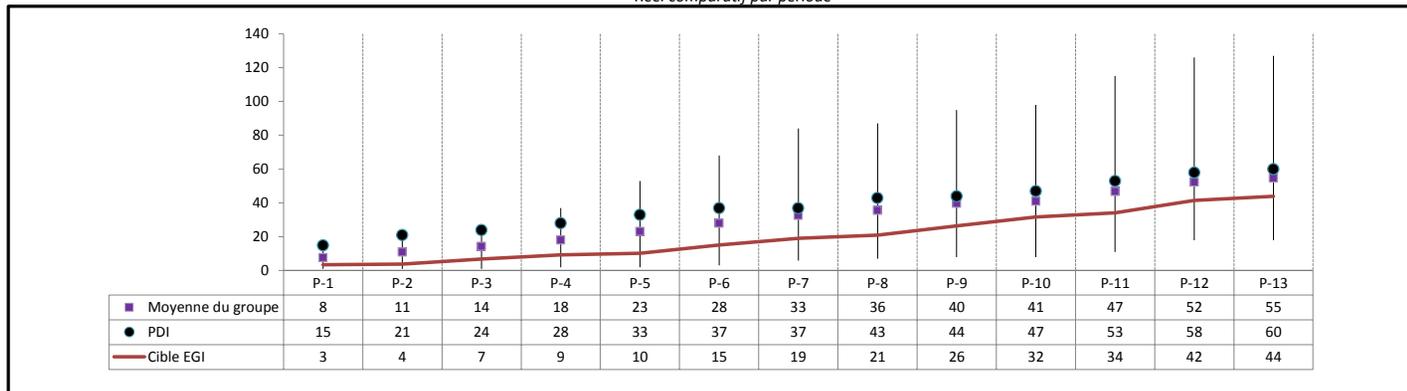
136%

1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

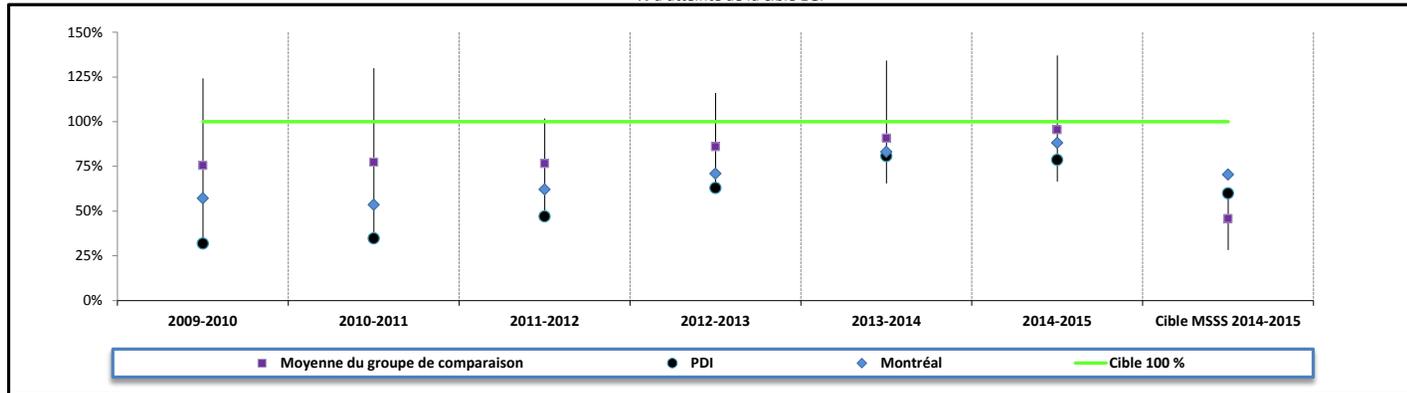
Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des personnes vulnérables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

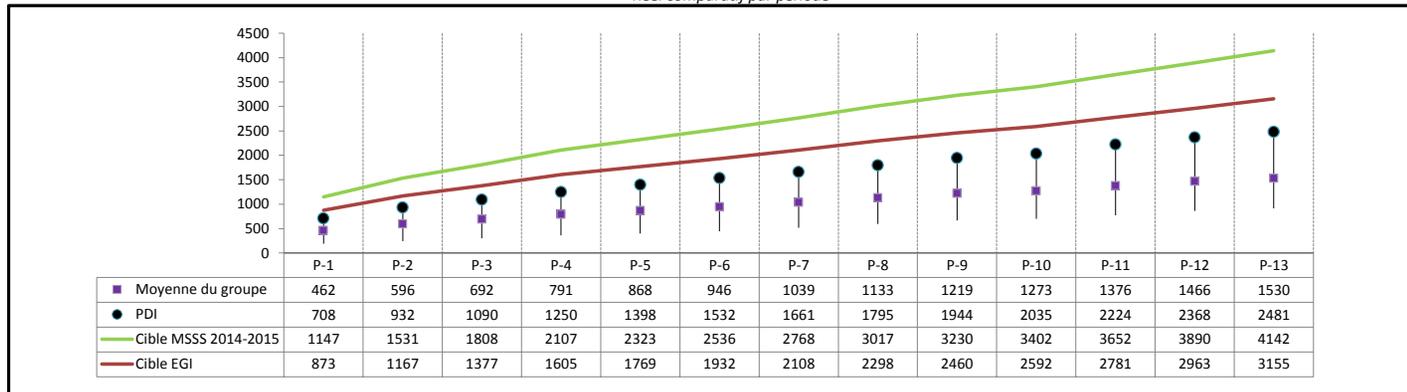
79%

1.08.09 Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1ère ligne

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

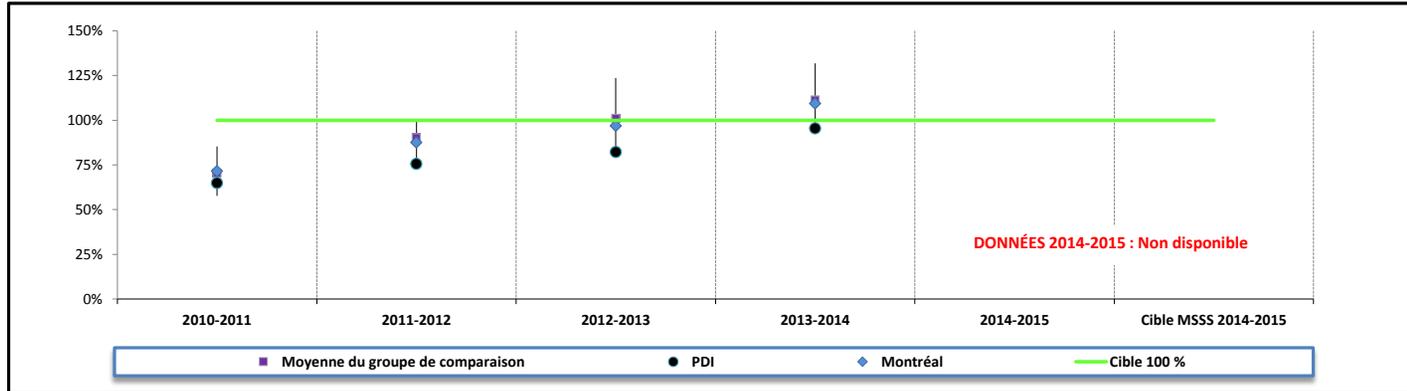
Orientation 2.3 : Répondre aux besoins d'une population vieillissante

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

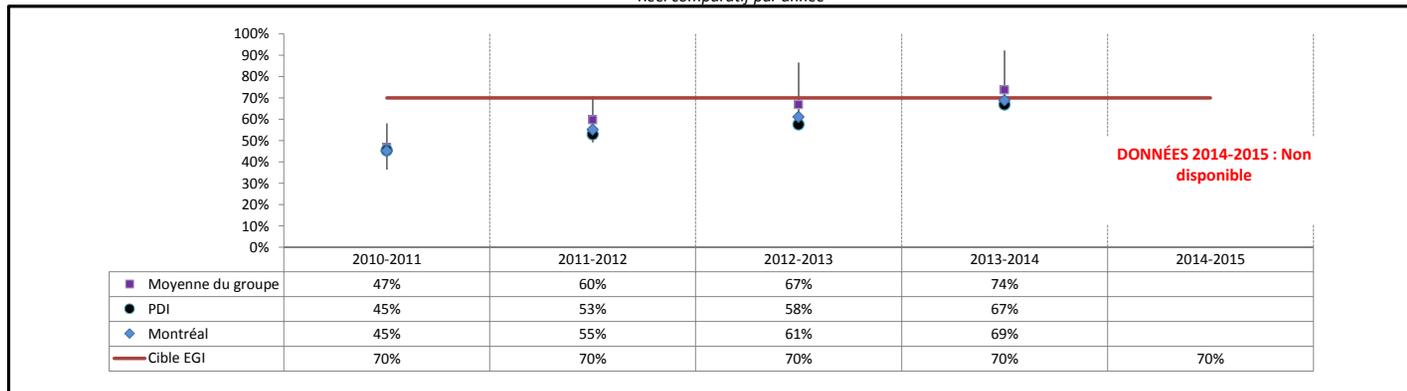
0%

1.03.06 Degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans les réseaux locaux de services

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par année



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

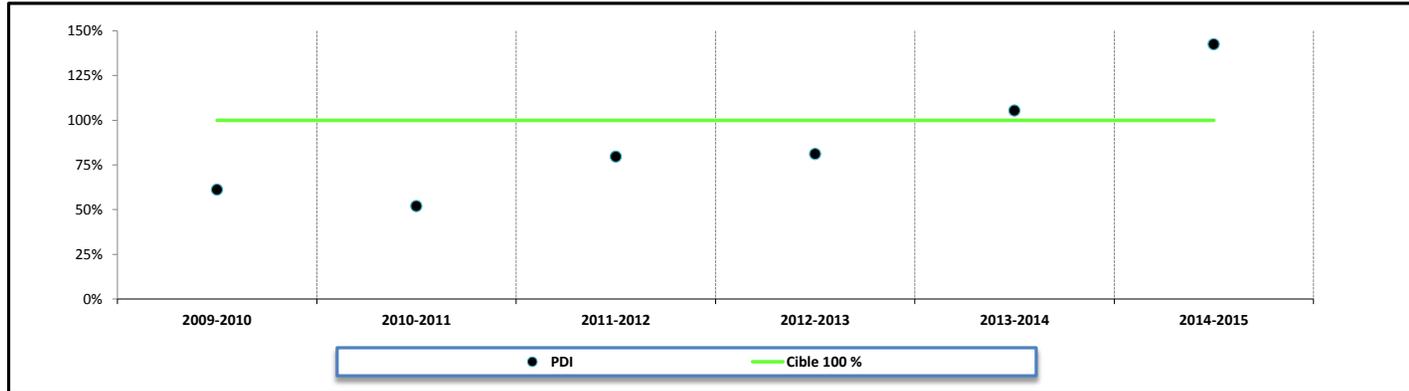
Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

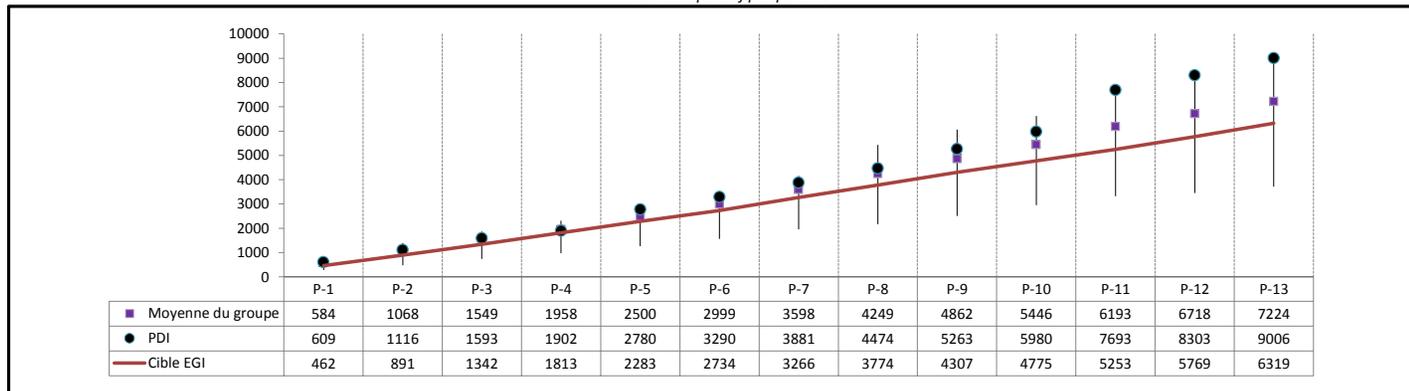
143%

1.09.06 Nombre d'interventions en soins palliatifs à domicile

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

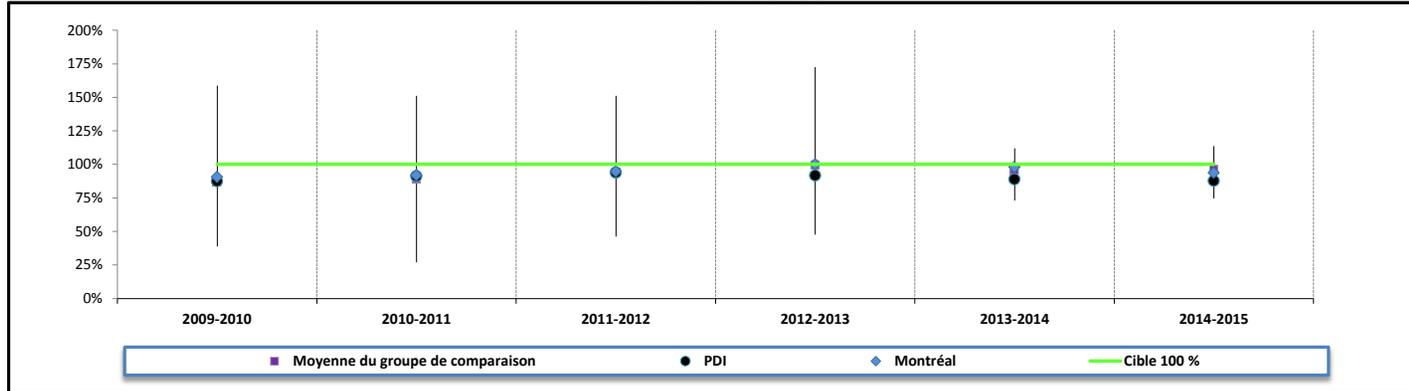
Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

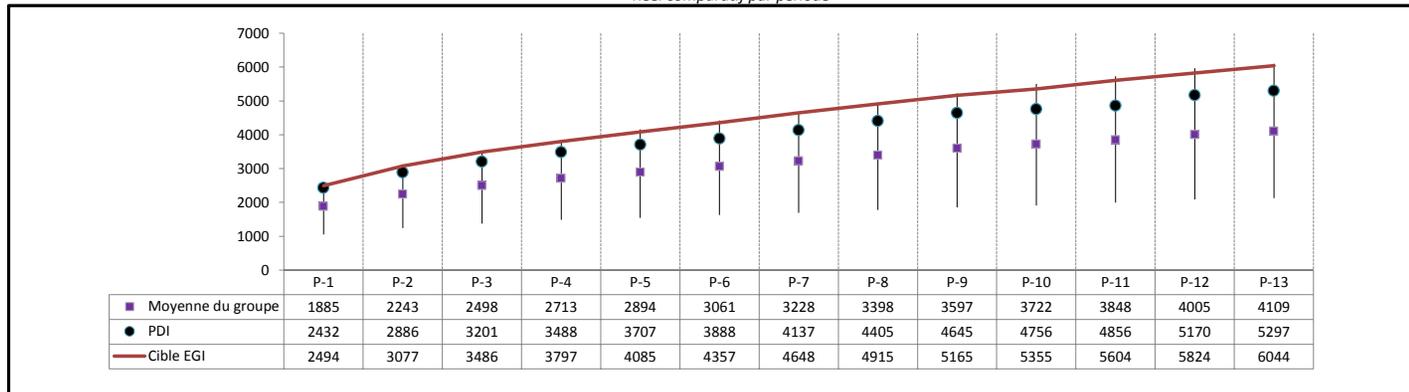
88%

S.1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

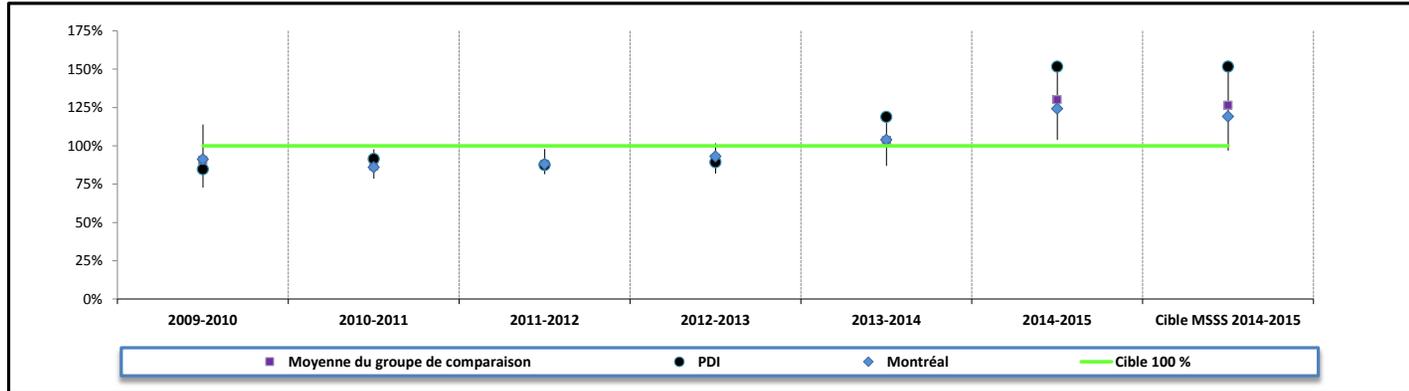
Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

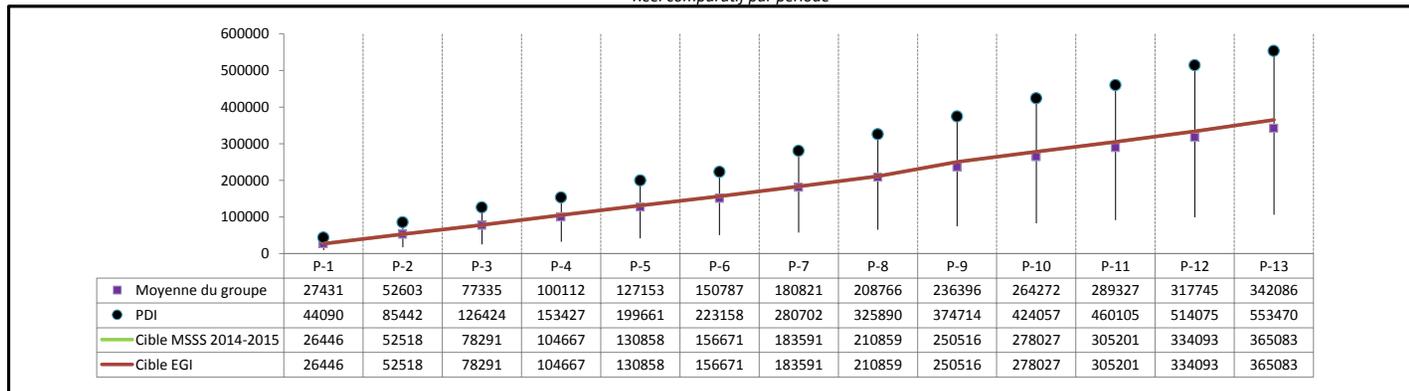
152%

1.03.05.01 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile (SAD) longue durée rendues à domicile

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 2: Primauté de la 1re ligne

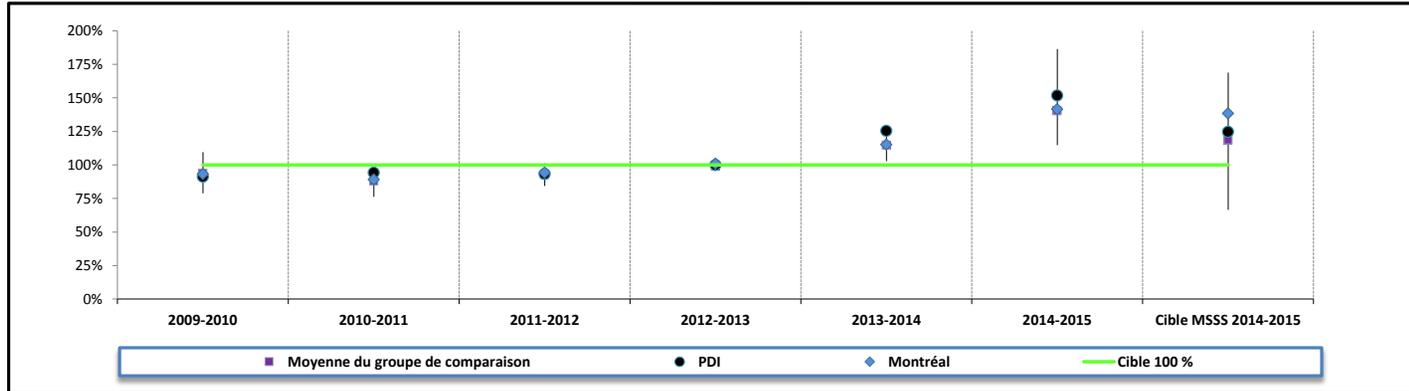
Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

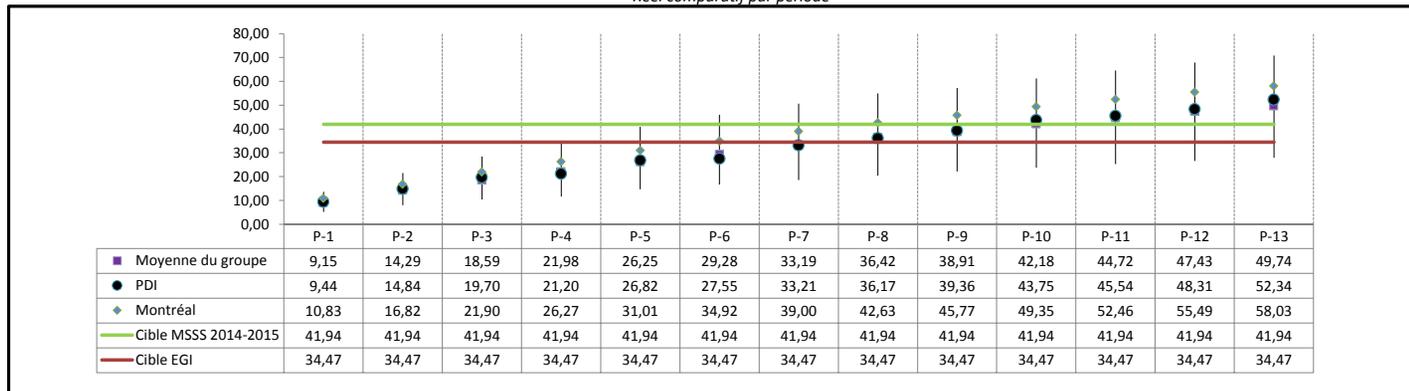
152%

S.1.3.2 Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services

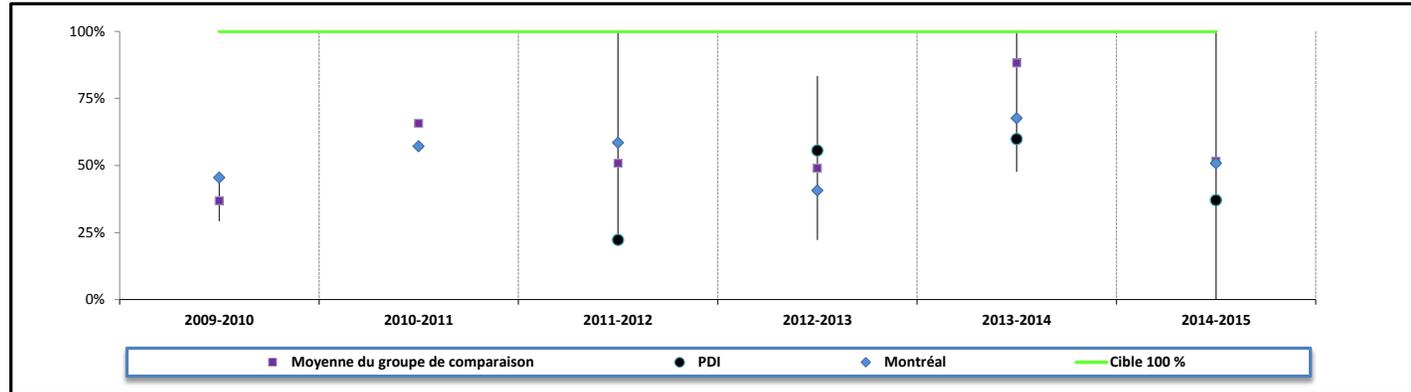
Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

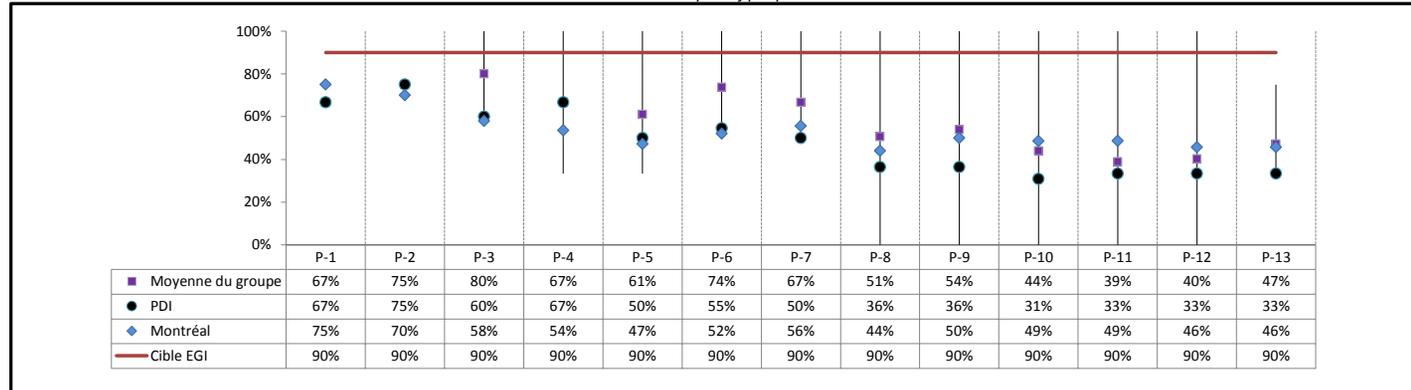
37%

1.45.04.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - Priorité urgente

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



EXPLICATIONS DES ÉCARTS PAR LA DIRECTION CONCERNÉE:

Dans les faits, sur 4 demandes de services, 4 ont été traitées dans les délais prescrits, ce qui donne un taux de conformité de 100%. Les données sont à jour dans ICLSC, nous ne comprenons pourquoi le score indiqué ici est de 37%.

Enjeux 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services

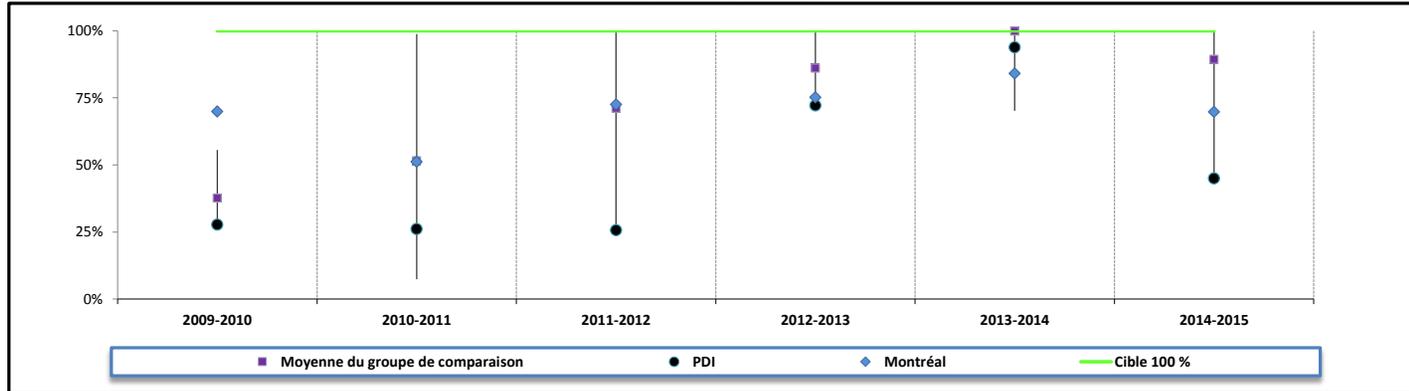
Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

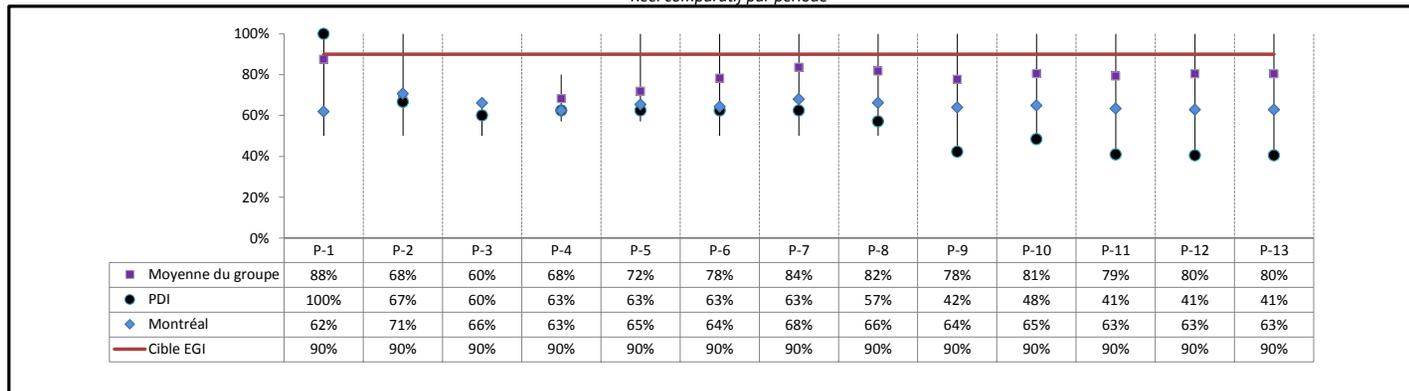
45%

1.45.04.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - Priorité élevée

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



EXPLICATIONS DES ÉCARTS PAR LA DIRECTION CONCERNÉE:

Dans les faits, sur 9 demandes de services, 8 ont été traitées dans les délais prescrits, ce qui donne un taux de conformité de 89%. Les données sont à jour dans ICLSC, nous ne comprenons pourquoi le score indiqué ici est de 45%.

Enjeux 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services

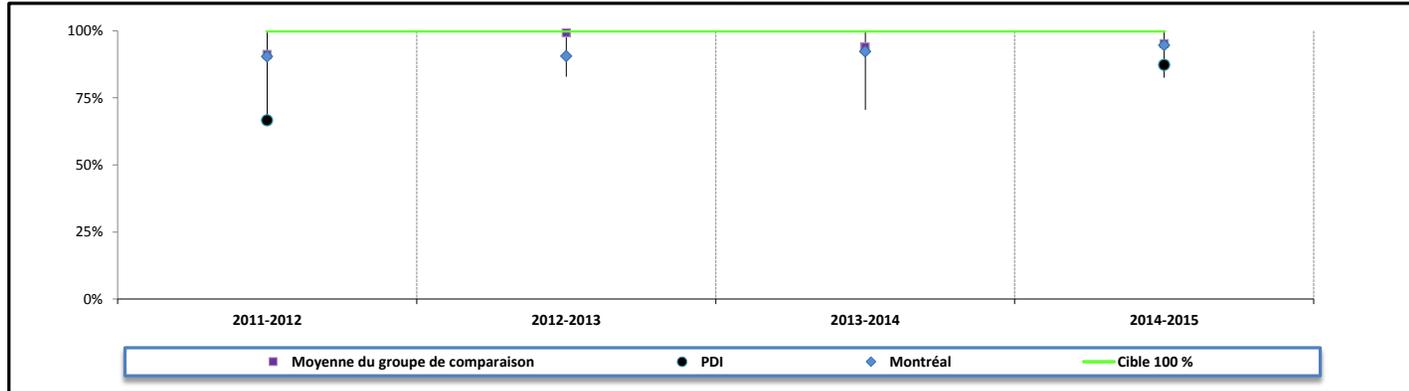
Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

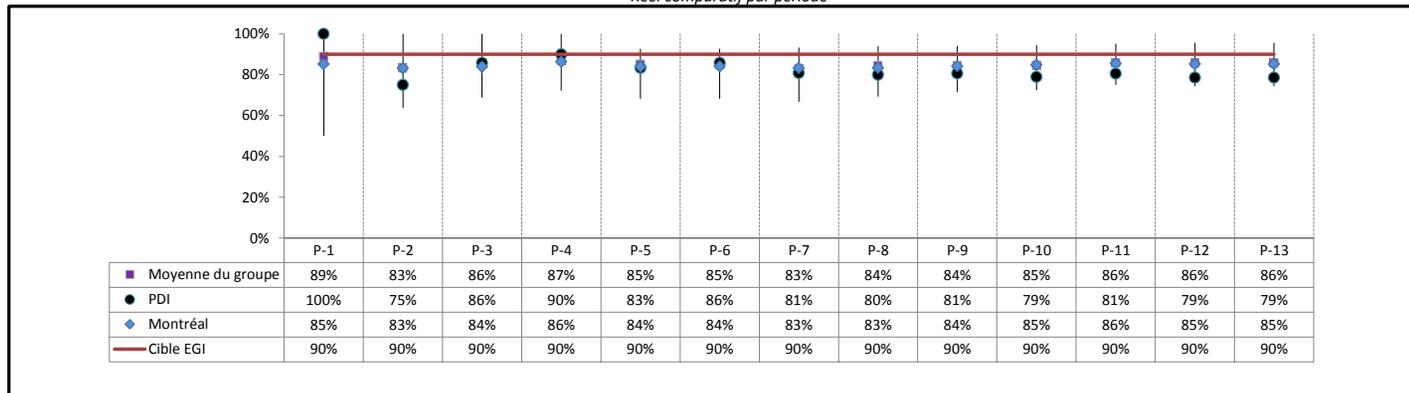
87%

1.45.04.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - Priorité modérée

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



EXPLICATIONS DES ÉCARTS PAR LA DIRECTION CONCERNÉE:

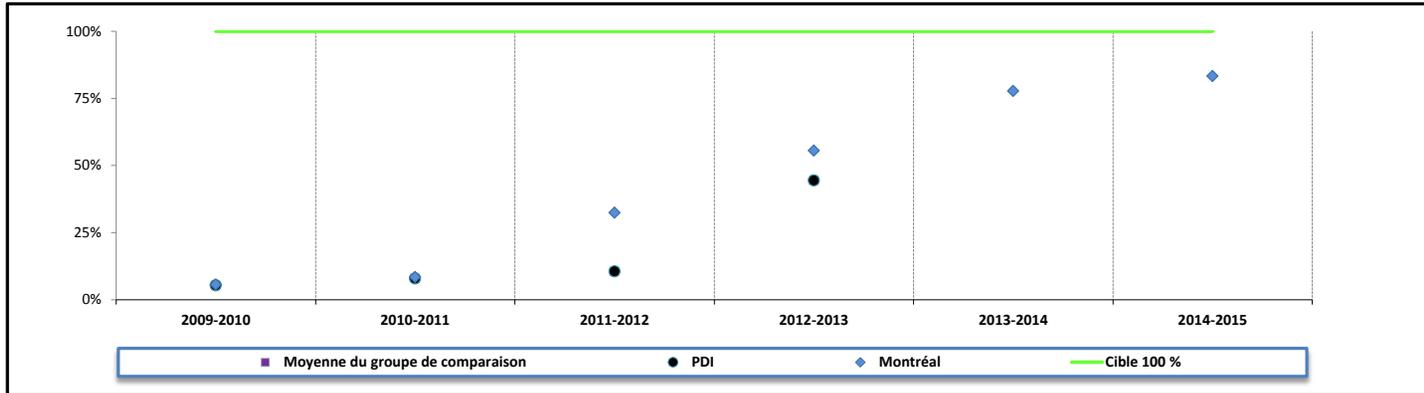
Dans les faits, sur 32 demandes de services, 31 ont été traitées dans les délais prescrits, ce qui donne un taux de conformité de 97%. Les données sont à jour dans ICLSC, nous ne comprenons pourquoi le score indiqué ici est de 87%.

Enjeux 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services
Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

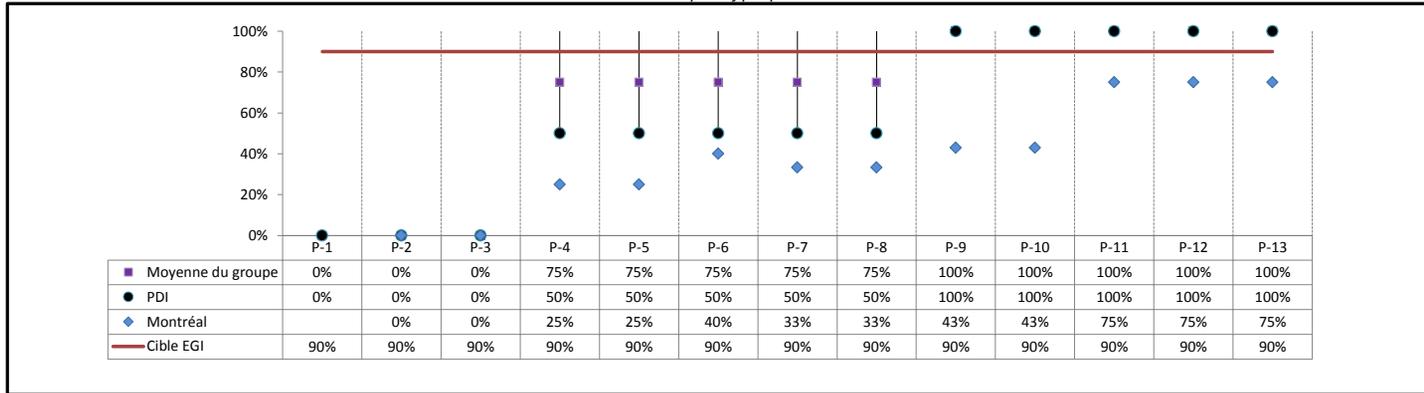
% D'ATTEINTE DE LA CIBLE
111%

1.45.05.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED -
Priorité urgente

% d'atteinte de la cible EGI



Réal comparatif par période



Enjeux 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services

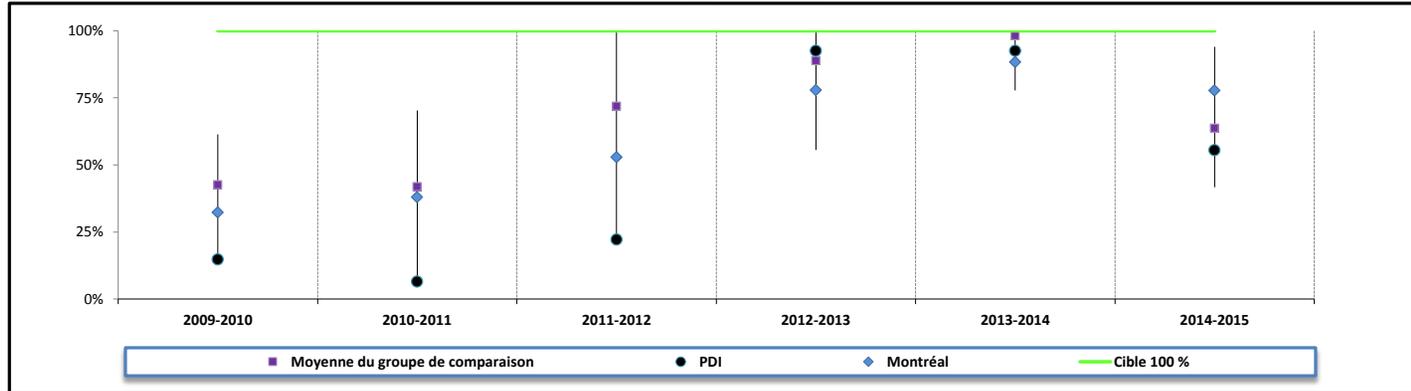
Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

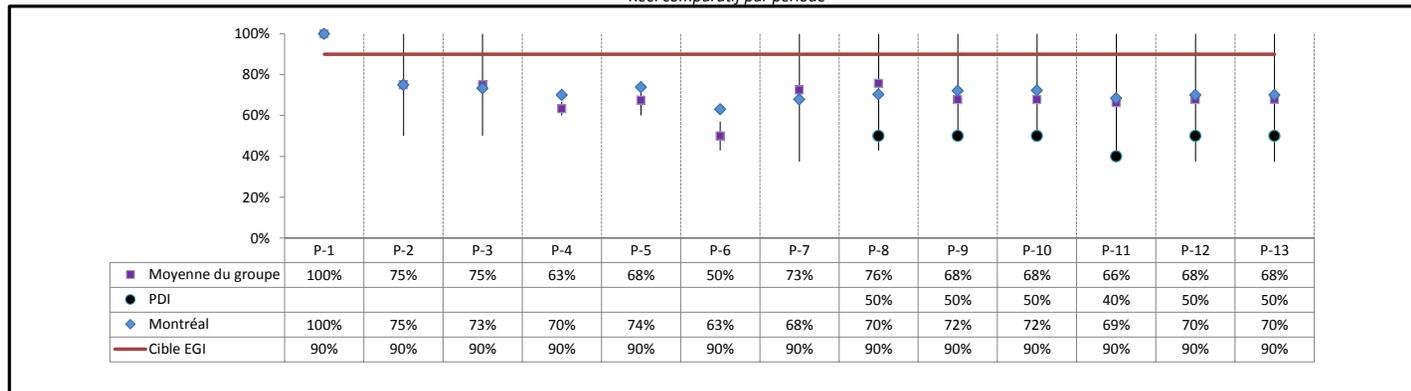
56%

1.45.05.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED -
Priorité élevée

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services

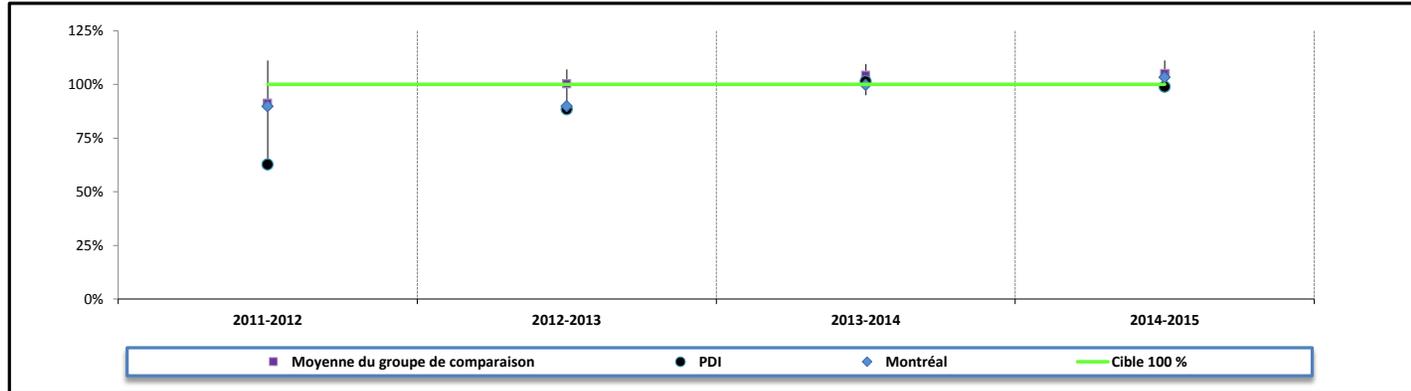
Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

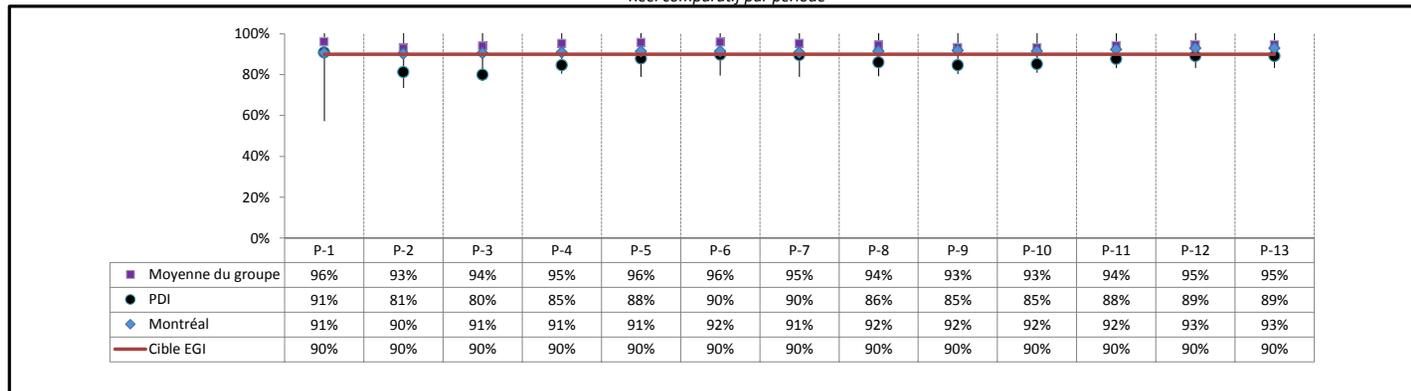
99%

1.45.05.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED -
Priorité modérée

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeu 4: Qualité - Innovation

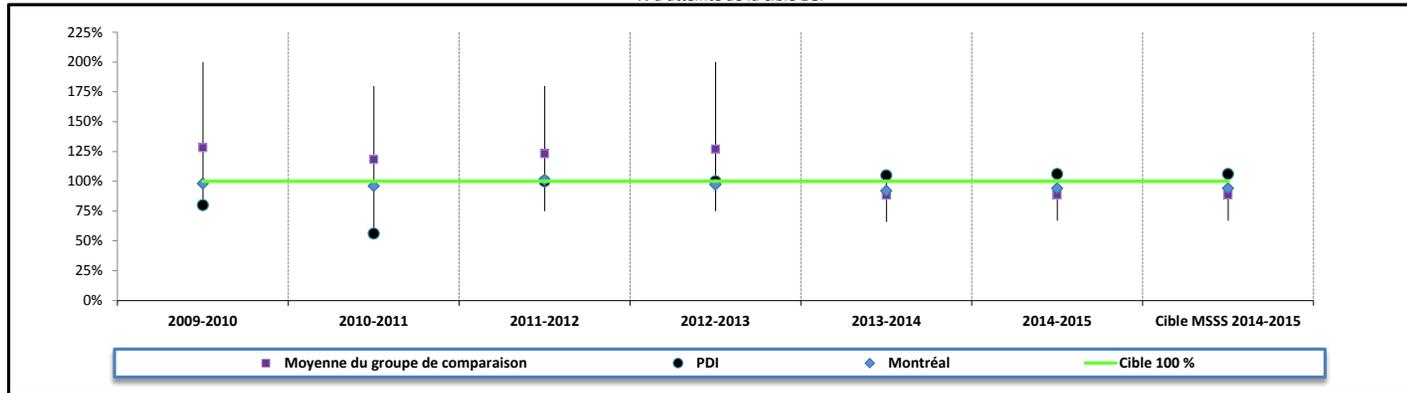
Orientation 4.1 : Assurer la qualité et la sécurité des soins et services

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

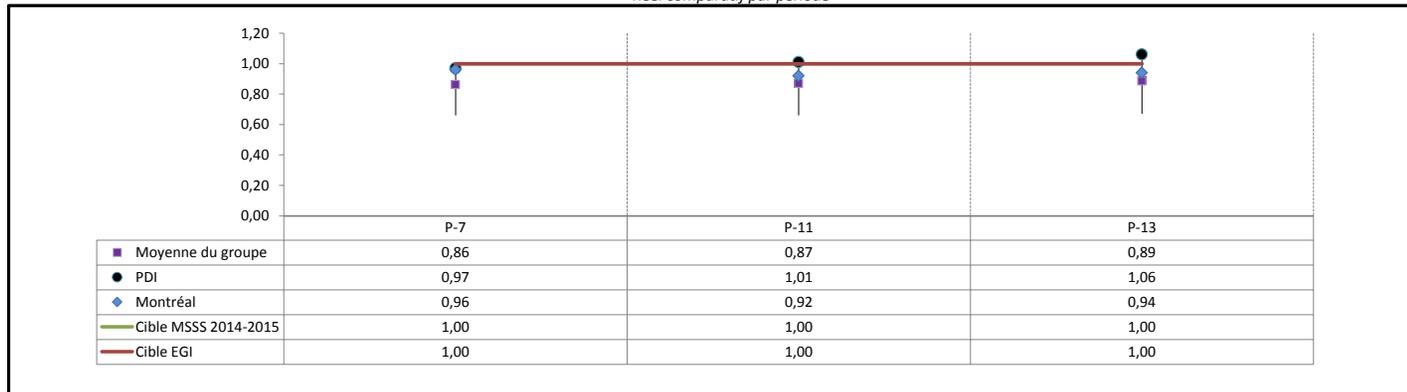
106%

1.01.11B Ratio d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales - CHSLD

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



Enjeux 5: Contribution RH

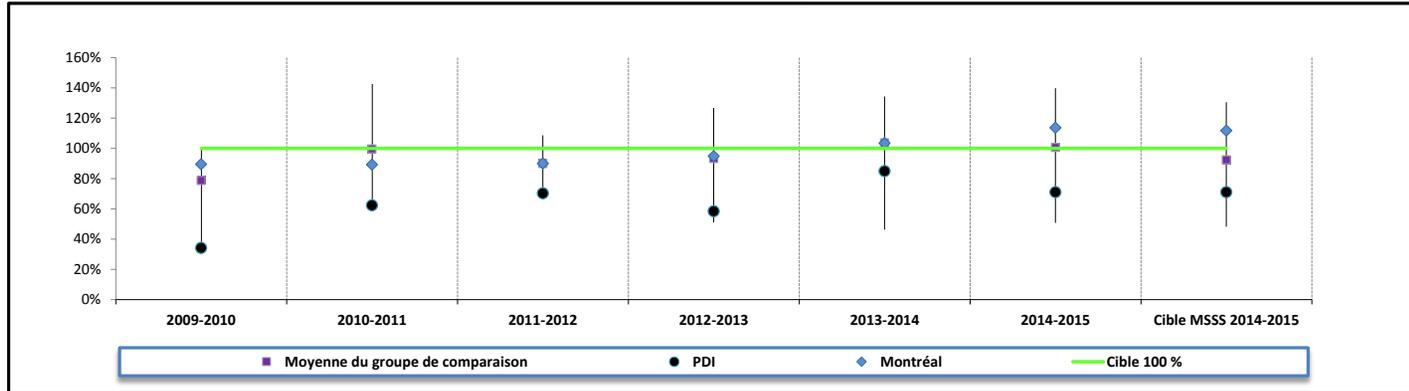
Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

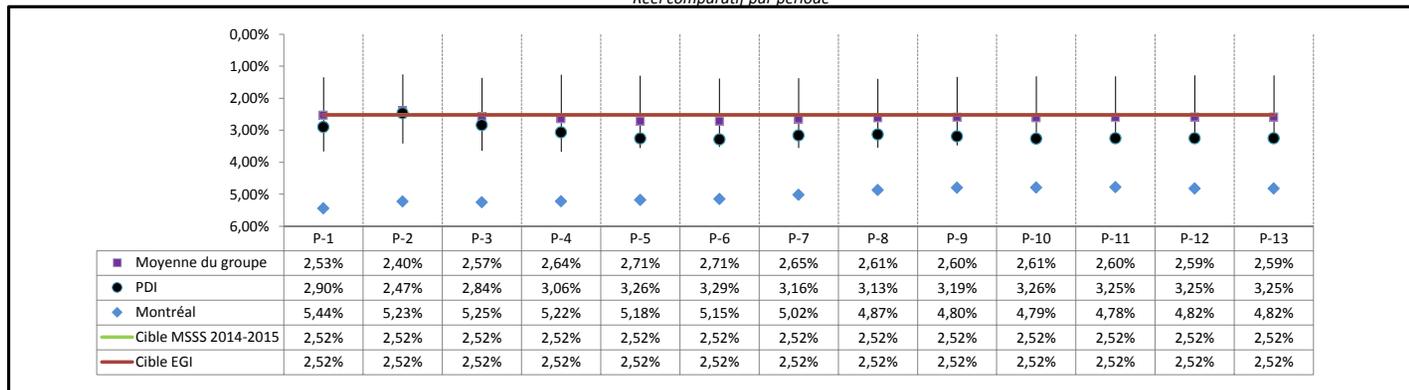
71%

3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières

% d'atteinte de la cible EGI



Réal comparatif par période



EXPLICATIONS DES ÉCART PAR LA DIRECTION CONCERNÉE:

Par rapport à l'année dernière (2013-2014), la DRH constate une augmentation de 16% surtout au SAD.
Il y a une vraie difficulté à recruter des INF.. La fusion pourrait aider avec le partage des ressources.

Enjeux 5: Contribution RH

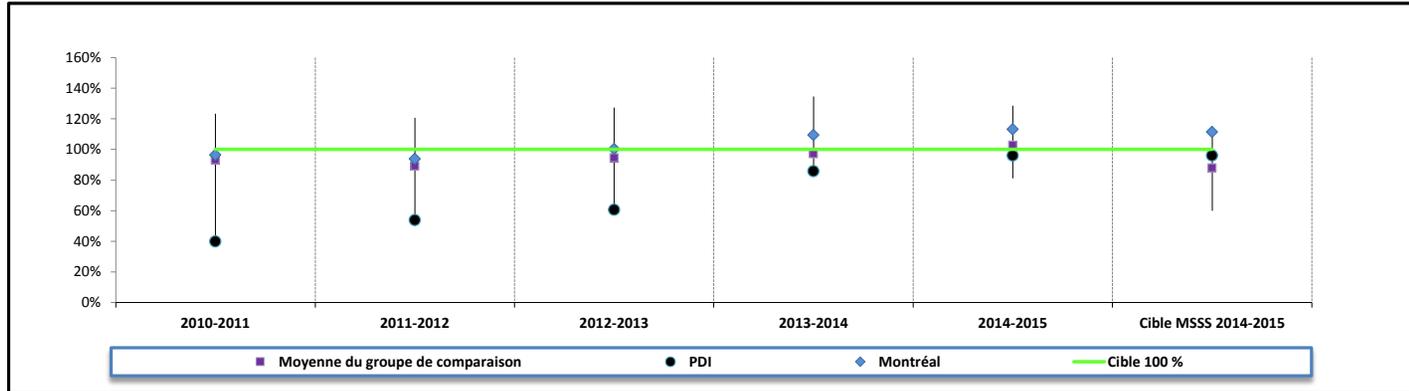
Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

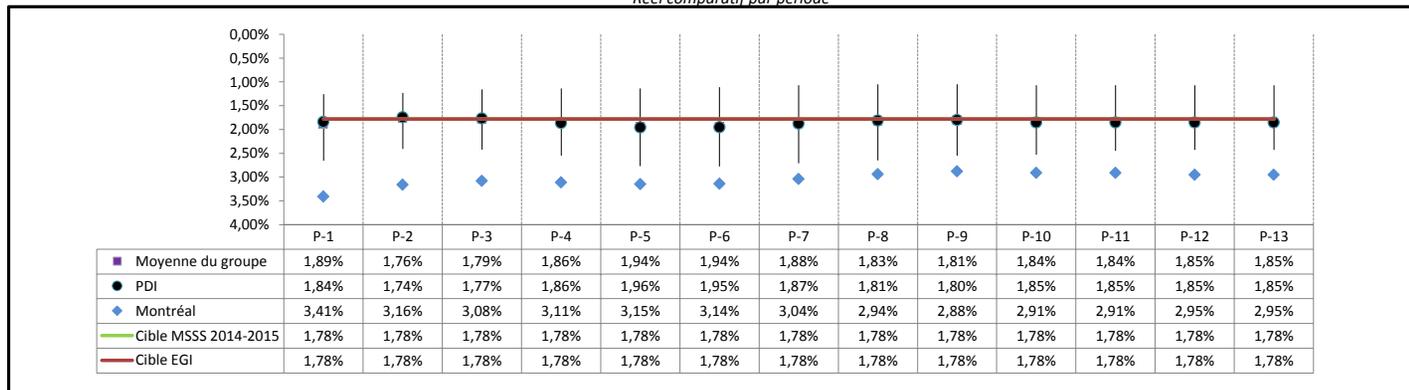
96%

3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau

% d'atteinte de la cible EGI



Réal comparatif par période



EXPLICATIONS DES ÉCARTS PAR LA DIRECTION CONCERNÉE:

La DRH constate une augmentation du recrutement, ce qui amène une diminution du TS.
La DRH propose de revoir la structure des postes, les plans de travail et la gestion des horaires.
Il faudrait être en mesure de faire une planification globale et à long terme.

Enjeux 5: Contribution RH

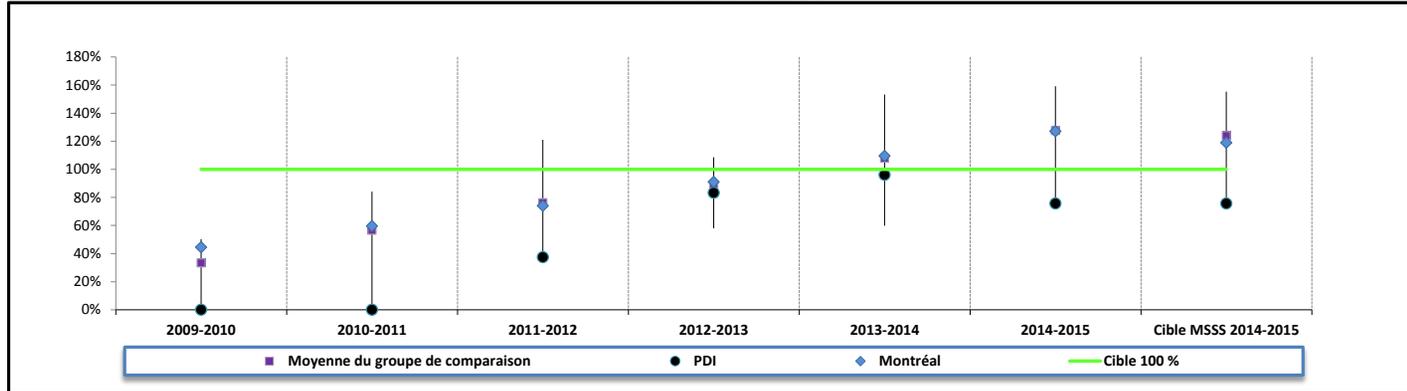
Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

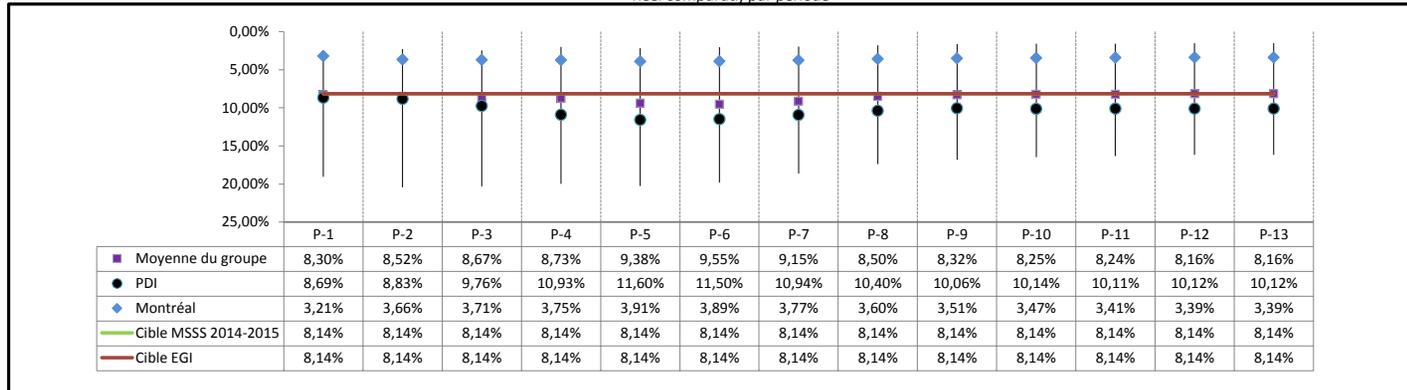
76%

3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



EXPLICATIONS DES ÉCARTS PAR LA DIRECTION CONCERNÉE:

C'est une situation très préoccupante au SAD (augmentation de 243% par rapport à l'année passée).
Le déficit est autorisé.
Le recrutement résulte plus difficile à cause des tâches et des responsabilités du personnel.

Enjeux 5: Contribution RH

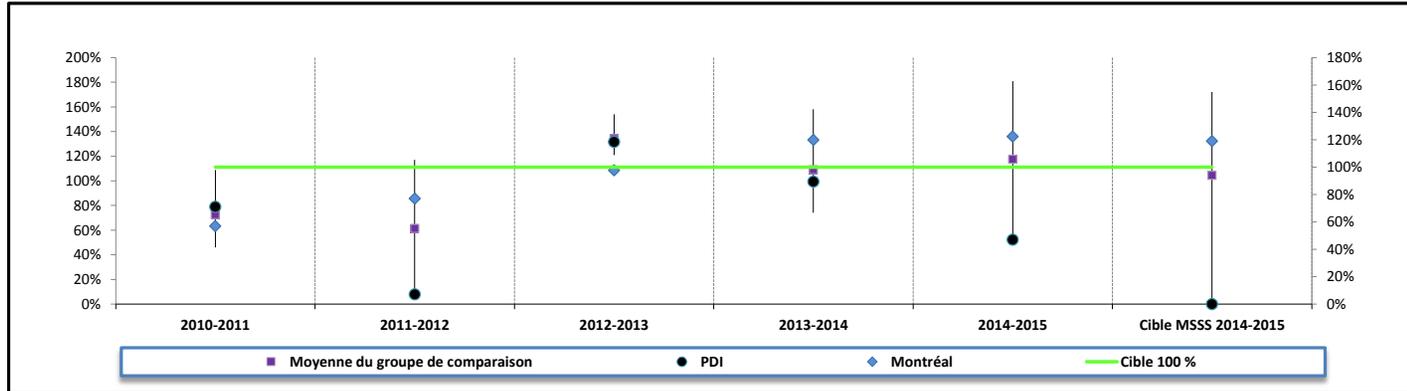
Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

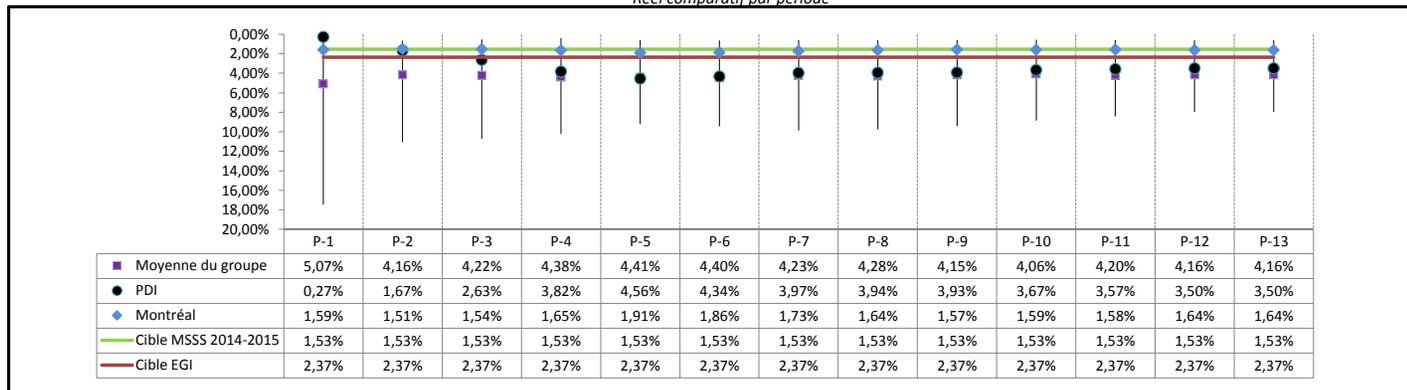
52%

3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



EXPLICATIONS DES ÉCARTS PAR LA DIRECTION CONCERNÉE:

Il y a une difficulté à remplacer les inf. auxiliaires qui s'absentent à la dernière minute (en particulier pour les quart de S et de N).
 Il y a eu une augmentation des heures des inf. aux. dans les CLSC (SAD et GMF).
 Il y a une problématique au niveau du recrutement pour les besoins croissants dans les CLSC (nouvelles compétentes : prélèvements, etc...).
 Les compétences du personnel à l'interne doivent être mises à jour.

Enjeux 5: Contribution RH

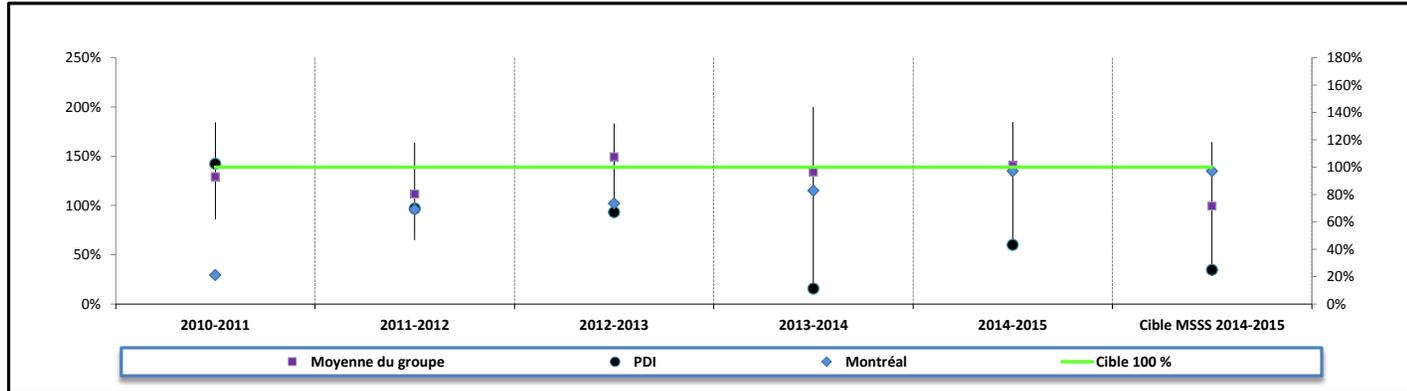
Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

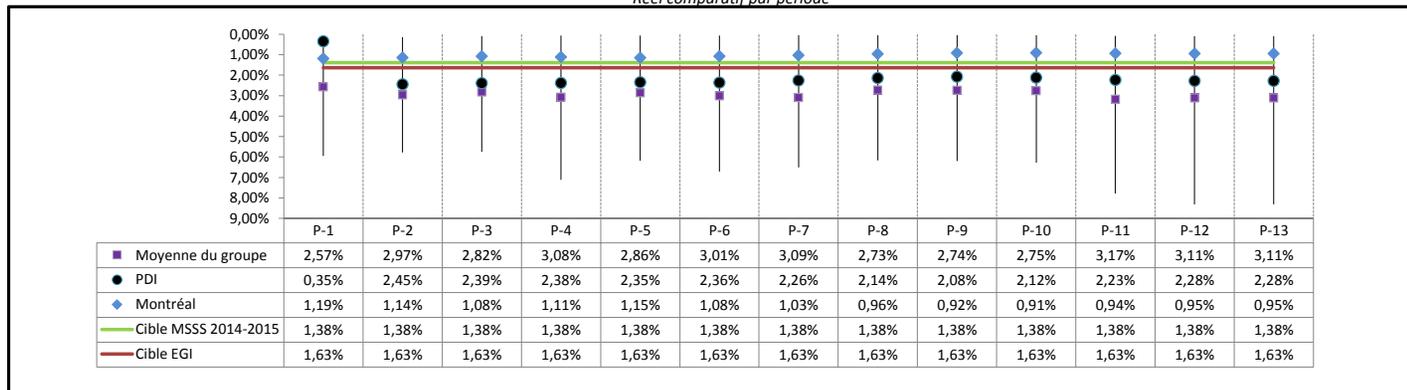
60%

3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



EXPLICATIONS DES ÉCARTS PAR LA DIRECTION CONCERNÉE:

Il y a une grande difficulté à remplacer les ressources qui s'absentent à la dernière minute.
Les structures des postes sont minimalistes et très serrés (i.e. 3h/jour fois 5 jours) : beaucoup de petits postes.
Le taux horaire de la MOI est plus avantageux.

Enjeux 5: Contribution RH

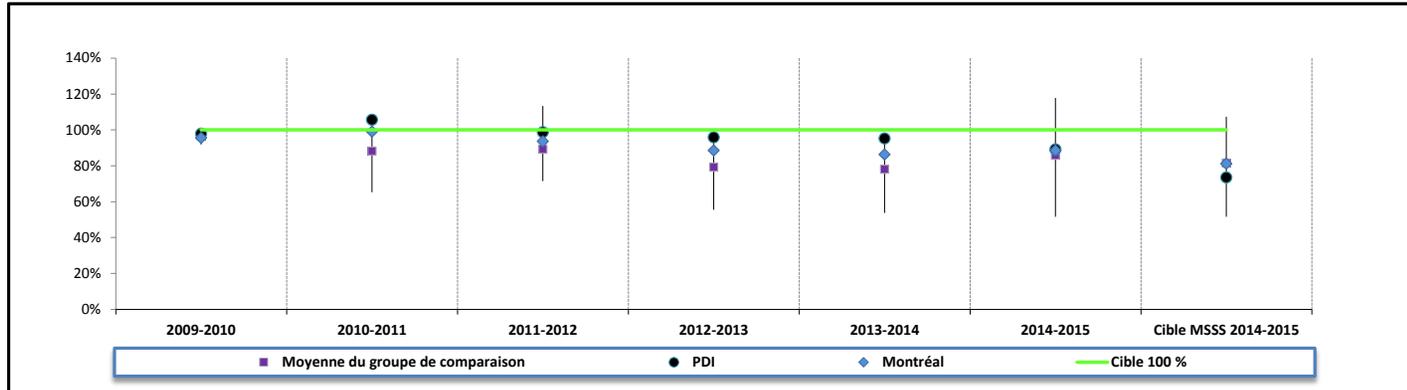
Orientation 5.2 : Offrir des conditions de travail et des pratiques attractives et valorisantes

% D'ATTEINTE DE LA CIBLE

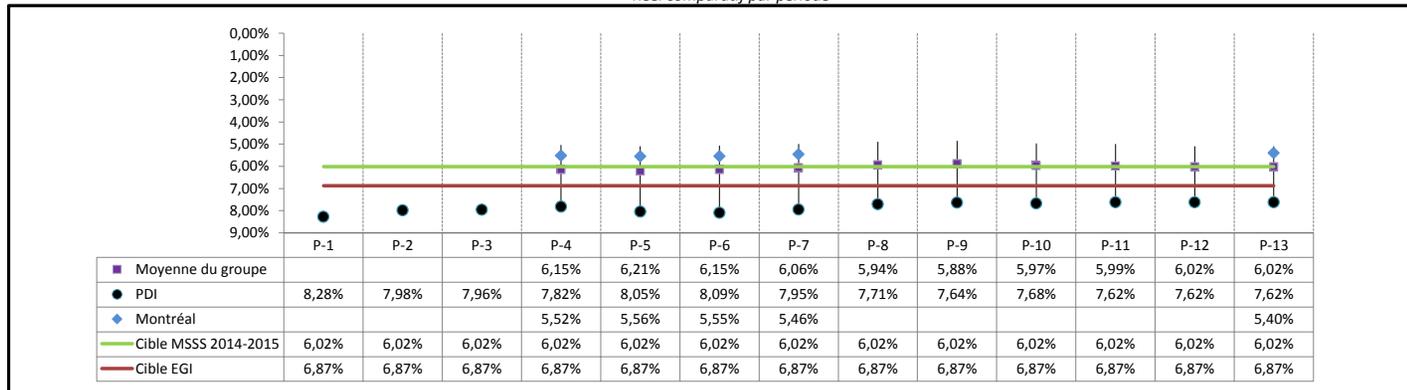
89%

3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées

% d'atteinte de la cible EGI



Réel comparatif par période



EXPLICATIONS DES ÉCARTS PAR LA DIRECTION CONCERNÉE:

- En 2014-2015 : 185 évaluations médicales effectuées et 3 arbitrages médicaux demandés.
- Formation sur La présence au travail et le dépistage des employés en difficulté : une approche concrète offerte à tous les gestionnaires (70) en novembre 2014;
- Depuis avril 2014, projet pilote en collaboration avec les cliniques d'évaluation et de réadaptation de l'est (CERE) pour reconditionner les employés, absents depuis longtemps, à reprendre leurs fonctions dans de meilleurs délais et de façon durable;
- Participation à un projet de recherche avec le Centre affilié universitaire Inter-Actions du CSSS BCSL afin d'identifier les facteurs principaux qui peuvent expliquer l'absentéisme à cause de la santé psychologique chez les PAB (rapport final : avril 2015).
- Formation annuelle sur la gestion intégrée de la présence au travail (GIPT) aux nouveaux gestionnaires sur leur rôle dans la gestion de la présence au travail y compris des outils de suivis. (2013 = 8; 2014= 6 gestionnaires).

Annexe 2 - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Proposé par Direction générale	CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	Émis le : 23 novembre 2004
Application Tout l'établissement		Révisé le : 20 janvier 2014
Approuvé par le conseil d'administration		Prochaine révision 2017
Résolution n° : CA.2014.100.1234		Approuvé le : 20 janvier 2014

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	4
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
1.1 Préambule.....	7
1.2 Objectifs généraux et champ d'application.....	7
1.3 Fondement.....	8
CHAPITRE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION	9
CHAPITRE III – DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR	11
3.1 L'administrateur.....	11
3.2 L'administrateur autre que le directeur général et les conflits d'intérêts	12
3.4 L'administrateur, après la fin de son mandat, agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté.....	15
CHAPITRE IV – PRINCIPES D'ÉTHIQUE	16

CHAPITRE V – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	17
Disponibilité et participation active.....	17
Respect	17
Soin et compétence	17
Neutralité	18
Transparence	18
Discrétion et confidentialité.....	18
Relations publiques	18
Charge publique	18
Biens et services de l'Établissement	19
Avantages et cadeaux	19
Interventions inappropriées	19
CHAPITRE VI – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS	21
CHAPITRE VII – CONFLIT D'INTÉRÊTS	23
CHAPITRE VIII – FIN DU MANDAT	25
CHAPITRE IX – APPLICATION DU CODE.....	26
9.1 Adhésion au Code.....	26
9.2 Comité de gouvernance et d'éthique	26
CHAPITRE X – PROCESSUS DISCIPLINAIRE	28
CHAPITRE XI – DIFFUSION DU CODE	31

CHAPITRE XII – DISPOSITIONS FINALES	33
12.1 Modification, abrogation, remplacement.....	33
12.2 Révision	33
12.3 Validité.....	33
12.4 Entrée en vigueur	33
ANNEXE I (ARTICLE 9.1.2 DE CE CODE)	35
Engagement personnel et affirmation d’office de l’administrateur.....	35
ANNEXE II (ARTICLE 6.1 DE CE CODE)	37
Avis de bris du statut d’indépendance	37
ANNEXE III (ARTICLE 7.4 DE CE CODE)	39
Déclaration des intérêts d’un administrateur	39
ANNEXE IV (ARTICLE 7.5 DE CE CODE)	41
Formule de déclaration de conflit d’intérêts	41
ANNEXE V (ARTICLE 7.7 DE CE CODE)	43
Signalement d’une situation de conflit d’intérêts d’un administrateur	43
ANNEXE VI (ARTICLE 10.5 DE CE CODE)	45
Affirmation solennelle de discrétion de toute personne chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire édicté en vertu du présent Code d’éthique.....	45

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le CSSS de la Pointe-de-l'Île et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du Conseil d'administration du CSSS de la Pointe-de-l'Île pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des Conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (L.R.Q., c. C-1991), stipule que : *Les membres du Conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des Établissements qu'ils administrent et de la population desservie.*

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS de la Pointe-de-l'Île s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le Conseil d'administration du CSSS de la Pointe-de-l'Île met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le CSSS de la Pointe-de-l'Île est guidé par sa vision ainsi que les valeurs ESPRI (engagement, sécurité, partenariat respect et innovation) qui animent l'établissement.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel du CSSS de la Pointe-de-l'Île. Également, le CSSS de la Pointe-de-l'Île se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

Le conseil d'administration édicte le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration de l'Établissement CSSS de la Pointe-de-l'Île, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs 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. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement. En effet, ce Code :

- 1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- 2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- 3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
- 4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- 5° Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur de l'Établissement CSSS de la Pointe-de-l'Île. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

CHAPITRE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

- a) **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
- b) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;
- c) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
- d) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur 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 à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;
- e) **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*, L.R.Q., c. I-16;
- f) **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;
- g) **Déontologie** : désigne un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs;
- h) **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 sur les autorités de l'Établissement;
- i) **Établissement** : désigne le CSSS de la Pointe-de-l'Île;
- j) **Éthique** : retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent;

- k) **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un 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;
- l) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur 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 de l'Établissement;
- m) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
- n) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;
- o) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante 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;
- p) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant 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. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;
- q) **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 ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

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 de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

CHAPITRE III – DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

3.1 L'administrateur

3.1.1 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie

À cette fin, l'administrateur :

- a) Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- b) S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
- c) S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles.

3.1.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, agit avec soin, prudence et compétence

Disponibilité et participation active

Se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

S'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.

Neutralité

Se prononce 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 au vote ou à quelque décision que ce soit.

Discrétion

1. Fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles, dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
2. Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

Relations publiques

1. Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi.
2. Sauf s'il a été mandaté pour représenter l'établissement, oriente tout citoyen, groupe ou organisme en quête d'informations vers le service approprié de l'établissement.
3. Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions susceptibles de causer préjudice à l'établissement.

3.1.3 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

1. S'il est officier de l'établissement, s'abstient de siéger à toute instance décisionnelle d'un parti politique à quelque palier de gouvernement que ce soit.
2. Quel que soit le collège électoral qui l'a élu ou, s'il est nommé, son mode de nomination, agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans privilégier les intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité.
3. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir.

Conflits de rôle ou d'intérêts

Évite des situations de conflits de rôle ou d'intérêts.

3.2 L'administrateur autre que le directeur général et les conflits d'intérêts

L'administrateur autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'établissement qu'il administre.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

Avantages ou bénéfices indus

1. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
2. Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou au bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
3. Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromette l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

Ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

Transparence

Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

Interventions abusives

1. S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.
2. S'abstient de s'immiscer dans la gestion courante des activités de l'établissement.
3. S'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

3.3 Le directeur général

3.3.1 Conflit d'intérêts

1. Ne peut, comme directeur général et sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

2. Doit, comme directeur général, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
3. Doit, comme directeur général, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

3.3.2 Les activités politiques partisans

Doit, comme directeur général, s'abstenir de participer à toutes activités dans des contextes clairement partisans sauf lors de circonstances exceptionnelles sur approbation du président.

3.3.3 L'exclusivité de fonctions du directeur général

Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction prévus à la loi, pour lequel une rémunération lui est versée, il doit en aviser les instances prévues.

3.3.4 Biens de l'établissement

1. Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

Doit s'interdire, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

3.4 L'administrateur, après la fin de son mandat, agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

1. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
2. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
3. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.
4. Ne fait usage, en aucun temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
5. Évite de ternir la réputation de l'établissement et de personnes qui y oeuvrent.

CHAPITRE IV – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste

- 4.1 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, 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. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.
- 4.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
- 4.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.
- 4.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 4.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.
- 4.6 L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.
- 4.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.
- 4.8 L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

CHAPITRE V – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs

Disponibilité et participation active

- 5.1 L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

Respect

- 5.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- 5.3 L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.
- 5.4 L'administrateur doit 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. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soin et compétence

- 5.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

Neutralité

- 5.6 L'administrateur se prononce 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.
- 5.7 L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

- 5.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- 5.9 L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

- 5.10 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit 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.
- 5.11 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des 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 de l'Établissement.
- 5.12 L'administrateur s'abstient 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.

Relations publiques

- 5.13 L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias.

Charge publique

- 5.14 L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- 5.15 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

- 5.16 L'administrateur utilise 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 par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.
- 5.17 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

- 5.18 L'administrateur ne doit 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 est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- 5.19 L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

- 5.20 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.
- 5.21 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

CHAPITRE VI – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

- 6.1 L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

CHAPITRE VII – CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 7.1 L'administrateur 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.
- 7.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur 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 doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.
- 7.3 L'administrateur 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.
- 7.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

- 7.5 L'administrateur 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 de l'Annexe IV du présent Code. 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.
- 7.6 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 7.7 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

CHAPITRE VIII – FIN DU MANDAT

- 8.1 Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.
- 8.2 L'administrateur doit, après l'expiration 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 au sein du Conseil d'administration.
- 8.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit 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.
- 8.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

CHAPITRE IX – APPLICATION DU CODE

9.1 Adhésion au Code

- 9.1.1 Chaque administrateur 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 Code ainsi que les lois applicables.
- 9.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.
- 9.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

9.2 Comité de gouvernance et d'éthique

- 9.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions :
- a) d'élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
 - b) d'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'Établissement;
 - c) d'élaborer 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;
 - d) d'élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
 - e) d'élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.
 - f) de diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
 - g) d'informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;

- h) de conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
- i) d'assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- j) de réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;
- k) d'évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique a de plus pour fonctions :

- a) Lorsqu'une allégation lui est transmise, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.
- b) De faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- c) De déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
- d) De faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

CHAPITRE X – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- 10.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 10.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique est saisi par le dépôt de l'annexe V du présent code *Signalement d'une situation de conflits d'intérêts d'un administrateur* lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.
- 10.3 Le Comité de gouvernance et d'éthique détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de gouvernance et d'éthique et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de gouvernance et d'éthique.
- 10.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 10.5 Le Comité de gouvernance et d'éthique peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.
- 10.6 Tout membre du Comité de gouvernance et d'éthique qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 10.7 Le Comité de gouvernance et d'éthique doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du Comité de gouvernance et d'éthique, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de gouvernance et d'éthique, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

- 10.8 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.
- 10.9 Le Comité de gouvernance et d'éthique transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du 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 de l'administrateur visé;
 - c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
 - d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 10.10 En application de l'article 10.9 d) du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.
- 10.11 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, 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 directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux*, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).
- 10.12 Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions doivent être écrites et motivées.
- 10.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
- 10.14 Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (L.R.Q., c. A-21.1).

CHAPITRE XI – DIFFUSION DU CODE

- 11.1 L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.
- 11.2 Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de gouvernance et d'éthique, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

CHAPITRE XII – DISPOSITIONS FINALES

12.1 MODIFICATION, ABROGATION, REMPLACEMENT

Le présent Code peut être modifié, abrogé ou remplacé si les deux tiers (2/3) des administrateurs du conseil d'administration l'acceptent au cours d'une séance ordinaire ou convoquée à cette fin, le tout sous réserve des dispositions prévues à la loi.

12.2 RÉVISION

Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement tous les quatre ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

12.3 VALIDITE

Le conseil d'administration adopte le présent code dans son ensemble et également partie par partie, de manière à ce que si un article, un paragraphe ou un sous-paragraphe était ou devait être déclaré nul les autres dispositions du présent règlement soient maintenues.

12.4 Entrée en vigueur

Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration et a été voté à _____, par la résolution numéro _____, lors d'une séance _____ du conseil le _____.

**ANNEXE I
(ARTICLE 9.1.2 DE CE CODE)**

Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur du conseil
Nom de l'administrateur
d'administration du CSSS de la Pointe-de-l'Île déclare avoir pris connaissance du Code
applicable aux administrateurs, adopté par le Conseil d'administration le
_____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par
Date de l'adoption
chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part
envers CSSS de la Pointe-de-l'Île. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement,
impartialement, honnêtement en toute indépendance, 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 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
Nom de l'administrateur
et de déontologie des membres du Conseil d'administration du CSSS de la Pointe-de-l'Île et je
m'engage à m'y conformer.

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

Nom du témoin

Signature du témoin

ANNEXE II
(ARTICLE 6.1 DE CE CODE)

Avis de bris du statut d'indépendance

Je, soussigné(e), _____, déclare par la présente, croire
Nom de l'administrateur
être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du
Conseil d'administration due aux faits suivants :

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

**ANNEXE III
(ARTICLE 7.4 DE CE CODE)**

Déclaration des intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur du CSSS de la Pointe-de-l'Île
Nom de l'administrateur

déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec le CSSS de la Pointe-de-l'Île ou qui est susceptible de le devenir.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non et qui est partie à un contrat avec ou qui est susceptible de le devenir.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ou organismes concernés.

3. J'occupe l'emploi(s) chez l'employeur(s) identifié(s) ci-après.

Emploi

Employeur

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

**ANNEXE IV
(ARTICLE 7.5 DE CE CODE)**

Formule de déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné(e) _____, déclare par la présente,
Nom de l'administrateur
croire être en

conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature de l'administrateur **Date** **Lieu**

**ANNEXE V
(ARTICLE 7.7 DE CE CODE)**

Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, estime que
Nom de la personne
l'administrateur (ou les
administrateurs) suivant(s) : _____ sont en situation
de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Je demande l'avis du comité de gouvernance et d'éthique.

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* (L.R.Q., c. 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 de la personne

Date

Lieu

**ANNEXE VI
(ARTICLE 10.5 DE CE CODE)**

**Affirmation solennelle de discrétion de toute personne
chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire
édicte en vertu du présent Code d'éthique**

Je, soussigné(e) _____, affirme
solennellement

Nom de la personne

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.

Signature de la personne

Date

Lieu

Annexe 3 - Rapport de l'auditeur



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
CSSS de la Pointe-de-l'Île

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 2000
Tour de la Banque Nationale
600, rue De La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L8

Téléphone : 514 878-2691
Télécopieur : 514 878-2127
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du CSSS de la Pointe-de-l'Île pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 10 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du CSSS de la Pointe-de-l'Île.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CSSS de la Pointe-de-l'Île pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie

équivalente à celle des états financiers audités du CSSS de la Pointe-de-l'Île pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 10 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CSSS de la Pointe-de-l'Île au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

1

Montréal
Le 29 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A116823

Annexe 4 - Contrats de service

LOI SUR LA GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS DES MINISTÈRES, DES ORGANISMES ET DES RÉSEAUX DU SECTEUR PUBLIC AINSI QUE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT

Contrats de services

Aucun contrat de services, comportant une dépense de 25000\$ et plus, n'a été conclu entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	0	0 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	0	0 \$
Total des contrats de services	0	0 \$

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.

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

Québec 