

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

Québec 

Rapport annuel de gestion du CIUSSS 2015-2016

TABLE DES MATIÈRES

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS	1
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	3
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS .	4
3.1 L'établissement	4
3.1.1 La mission du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	4
3.1.2 Désignations de l'établissement.....	6
3.1.3 La vocation suprarégionale	7
3.1.4 La structure de l'organisation au 31 mars 2016.....	8
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	9
3.2.1 Le conseil d'administration.....	9
3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives	10
3.3 Les faits saillants	27
3.3.1 Soins infirmiers.....	27
3.3.2 Services multidisciplinaires	28
3.3.3 Services intégrés de première ligne	30
3.3.4 Réadaptation et déficience	31
3.3.5 Santé mentale et dépendance	32
3.3.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées	34
3.3.7 Recherche.....	35
3.3.8 Enseignement médical et universitaire	37
3.3.9 Ressources informationnelles	37
3.3.10 Services techniques.....	38
3.3.11 Achat et Logistique	39
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	40
5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	41
5.1 L'agrément	41
5.2 La sécurité des soins et des services.....	43
5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement	47

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	47
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	50
7. LES RESSOURCES HUMAINES	51
7.1 Les ressources humaines de l'établissement	51
7.2 La gestion et contrôle des effectifs.....	51
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....	52
8.1 Les états financiers	52
8.1.1 Rapport de la direction.....	52
8.1.2 Rapport de l'auditeur indépendant.....	53
i. État des résultats	55
ii. État des surplus (déficits) cumulés	56
iii. État de la situation financière	57
iv. État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)	58
v. État des flux de trésorerie	59
vi. État des résultats – Activités principales et accessoires	62
vii. Revenus reportés relatifs aux sommes reçues par dons, legs et autres formes de contributions (art. 269 LSSSS)	63
viii. Notes aux états financiers.....	64
ix. Charges brutes par programmes-services.....	81
x. Contrats de services 2015-2016	89
8.2 L'équilibre budgétaire	90
9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	91
10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	94
ANNEXE 1 : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	95
ANNEXE 2 : RAPPORT ANNUEL 2015-2016 DU COMITÉ DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE DU CIUSSS	119
ANNEXE 3 : LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	125

ANNEXE 4 : L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS (suite)	126
ANNEXE 5 : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2015-2016	132
Chapitre III : Les attentes spécifiques 2015-2016.....	132
Chapitre IV : Les engagements du CIUSSS en fonction, notamment, du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS.....	146

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Depuis le 1^{er} avril 2015, date de la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal, tous les membres du réseau ont fait un cheminement important et vécu une expérience appréciable. Même s'il est encore relativement tôt pour se prononcer, nous estimons que cette aventure a été positive. Nous sommes d'ailleurs fiers des nombreuses améliorations apportées à l'accès et à la continuité des soins, et ce, au moment d'une importante restructuration organisationnelle. Nous demeurons également sensibles au fardeau que représentent les maladies et le contexte social où vivent les personnes que nous servons — des préoccupations qui ont été (et continuent d'être) l'ultime test de nos efforts.

Durant 2015-2016, le processus de questionnement — ponctué de pourquoi et de pourquoi pas — a revêtu une grande importance, et nos réflexions approfondies ont joué un rôle essentiel dans la transformation de notre système de soins de santé et de services sociaux. Il fallait d'abord tenter d'y voir clair : réaliser qui nous sommes et ce que nous cherchons à accomplir — comme disait le cardiologue Thomas Lee : « choisir d'être critiques ou dramaturges ». Nous croyons que ceux d'entre nous qui ont consacré, au cours de la dernière année, un nombre incalculable d'heures à construire et à renforcer notre réseau de soins de santé ont déjà fait leur choix. En outre, l'importance d'apprendre chemin faisant a été décisive pour plusieurs d'entre nous — et ainsi que le décrivait l'auteur Robert Quinn, il s'agit de « bâtir le pont au fur et à mesure qu'on le traverse ».

Une personne qui agit seule accomplit peu de choses. Lorsque nous avons entrepris cette démarche, nous avons invité tout le personnel à se partager le travail et à tirer parti de la synergie créée par le travail d'équipe — ce qu'on appelle « la sagesse des foules ». En travaillant au sein d'un seul et même organisme, nous avons développé une meilleure compréhension de la façon de tirer des leçons des situations conflictuelles pour mieux acquérir la sagesse issue de la diversité.

La première année du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a également été marquée par la promotion d'une culture de la mesure et de l'excellence. Il va sans dire qu'un temps fou a été consacré à la collecte et à l'analyse des données. Nous avons cependant appris — ou peut-être réappris — que rien ne peut remplacer la validité, la fiabilité et l'intégrité des données. Nous avons aussi fait preuve d'humilité, reconnaissant que, parfois, il fallait nous défaire de nos croyances erronées et recevoir de l'information contraire à nos attentes et à nos espérances.

Peu de temps après la création de notre réseau, la nouvelle équipe de direction s'est réunie. Nous avons alors convenu que notre priorité serait de devenir un organisme centré sur l'utilisateur et qu'il fallait mettre l'accent sur le caractère exceptionnel des expériences vécues par les patients, les clients et les résidents. Cet objectif serait atteint par le biais de l'amélioration continue de la qualité, de la réduction des disparités et du respect d'autrui.

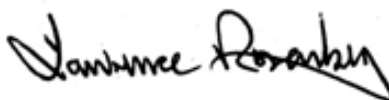
Nous avons également cherché à créer un équilibre confortable entre le maintien de certains aspects importants du passé et une ouverture sur l'avenir. Il y a toujours une tension entre l'ancien et le nouveau, la continuité et l'autonomie, le passé qui semble immuable et le saut vers l'avenir. Tout en reconnaissant que chaque génération s'appuie sur les réalisations de celle qui l'a précédée, gérer cette transition peut être difficile. Un contrôle trop centralisé écrase l'individualité, l'innovation et la motivation, mais lorsqu'il est insuffisant, on risque l'anarchie. Atteindre l'équilibre devient donc essentiel.

Où tout cela nous mène-t-il? Nous tentons de trouver de meilleures façons de prendre soin les uns des autres, et c'est pourquoi nous devons toujours innover. Nous croyons aussi qu'il existe des solutions simples et des soins holistiques — c'est-à-dire des soins intégrés offerts aux personnes dans l'ensemble de notre réseau. Nous croyons qu'il faut dire « non » à de nombreux projets pour pouvoir se concentrer sur ceux qui en valent vraiment la peine. Nous croyons à l'étroite collaboration entre nos différentes missions — et à leur pollinisation croisée — pour nous permettre d'innover. Et nous croyons sincèrement que, dans tout ce que nous faisons, nous devons toujours viser l'excellence — rien de moins — en admettant modestement nos erreurs et en ayant le courage de les corriger.

En conclusion, permettez-nous de citer un critique d'art du 19^e siècle, John Ruskin : « La suprême récompense du travail n'est pas ce qu'il vous permet de gagner, mais ce qu'il vous permet de devenir ». Toutes nos réalisations de 2015-2016 ont été accomplies grâce à l'engagement et au dévouement du personnel médical, des professionnels paramédicaux, des membres du conseil d'administration et des fondations ainsi que des bénévoles du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Leurs efforts inlassables nous ont permis de fournir à la population des soins de qualité supérieure tout en nous efforçant de faire de notre réseau une vitrine pour le Québec.



Alan Maislin
Président



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

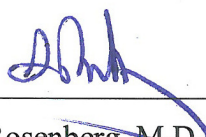
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- 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 2016.



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

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

3.1 L'ÉTABLISSEMENT

3.1.1 La mission du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal ¹

1. Fournir un continuum de soins de santé et de services sociaux de qualité supérieure dans tout notre réseau d'établissements

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

2. Fournir avec compassion des soins centrés sur l'utilisateur et créer une expérience patient exceptionnelle

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

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

3. Établir et promouvoir le leadership et l'excellence dans l'enseignement en sciences de la santé et en sciences sociales

4. Faire avancer les connaissances dans le domaine des sciences de la santé et des sciences sociales grâce à l'excellence en matière de recherche et d'innovation

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

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

1. Des soins de qualité supérieure

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

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

2. Compassion, dignité et respect*

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

Notre but est de fournir aux usagers une expérience exceptionnelle.

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

3. Sécurité

Nous nous engageons à fournir des soins et des services dans un environnement sécuritaire. La sécurité est une responsabilité qui incombe à tous les membres du CIUSSS.

4. Travail d'équipe

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

5. Connaissances et innovation

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

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

3.1.2 Désignations de l'établissement

- **Centre hospitalier affilié universitaire (CHAU)**
Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis
- **Centre affilié universitaire (CAU)**
Centre d'hébergement Father Dowd
Centre d'hébergement Henri-Bradet
Centre d'hébergement St-Andrew
Centre d'hébergement St-Margaret
CLSC de Benny Farm
CLSC René-Cassin
Hôpital Catherine Booth
Hôpital Richardson
- **Institut universitaire (IU)**
CLSC de Côte-des-Neiges (IU social)
CLSC Métro (IU social)
CLSC de Parc-Extension (IU social)
Point de service Outremont (IU social)
Maison des naissances de Côte-des-Neiges
Info Santé - Info Social
- **Hôpital d'enseignement affilié**
Centre hospitalier Mont-Sinaï
- **Aucune désignation**
Centre gériatrique Maimonides Donald Berman
Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Centre de réadaptation MAB-Mackay
Centre Miriam
CHSLD juif de Montréal
- **Proches collaborateurs**
RI (ressources intermédiaires)
Manoir Renaissance
Résidence du Boulevard
Ressource intermédiaire Lev-Tov
Ressource intermédiaire Maison Paternelle
Ressource intermédiaire de la Montagne
Ressource intermédiaire La Salle
Les Maisons Bleues
La Maison Bleue Côte-des-Neiges
La Maison Bleue Parc-Extension

3.1.3 La vocation suprarégionale

À l'heure actuelle, le réseau remplit un certain nombre de mandats suprarégionaux déjà reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux avant l'application de la restructuration du système de la santé en avril 2015 : oncologie, grossesses à risque élevé, néonatalogie, urologie, gynéco-oncologie, chirurgie cardiaque, chirurgie cervicofaciale due à un cancer, chirurgie hépatobiliaire, chirurgie colorectale, infectiologie (tuberculose) et l'accueil de réfugiés (services non ultras spécialisés, mais suprarégionaux).

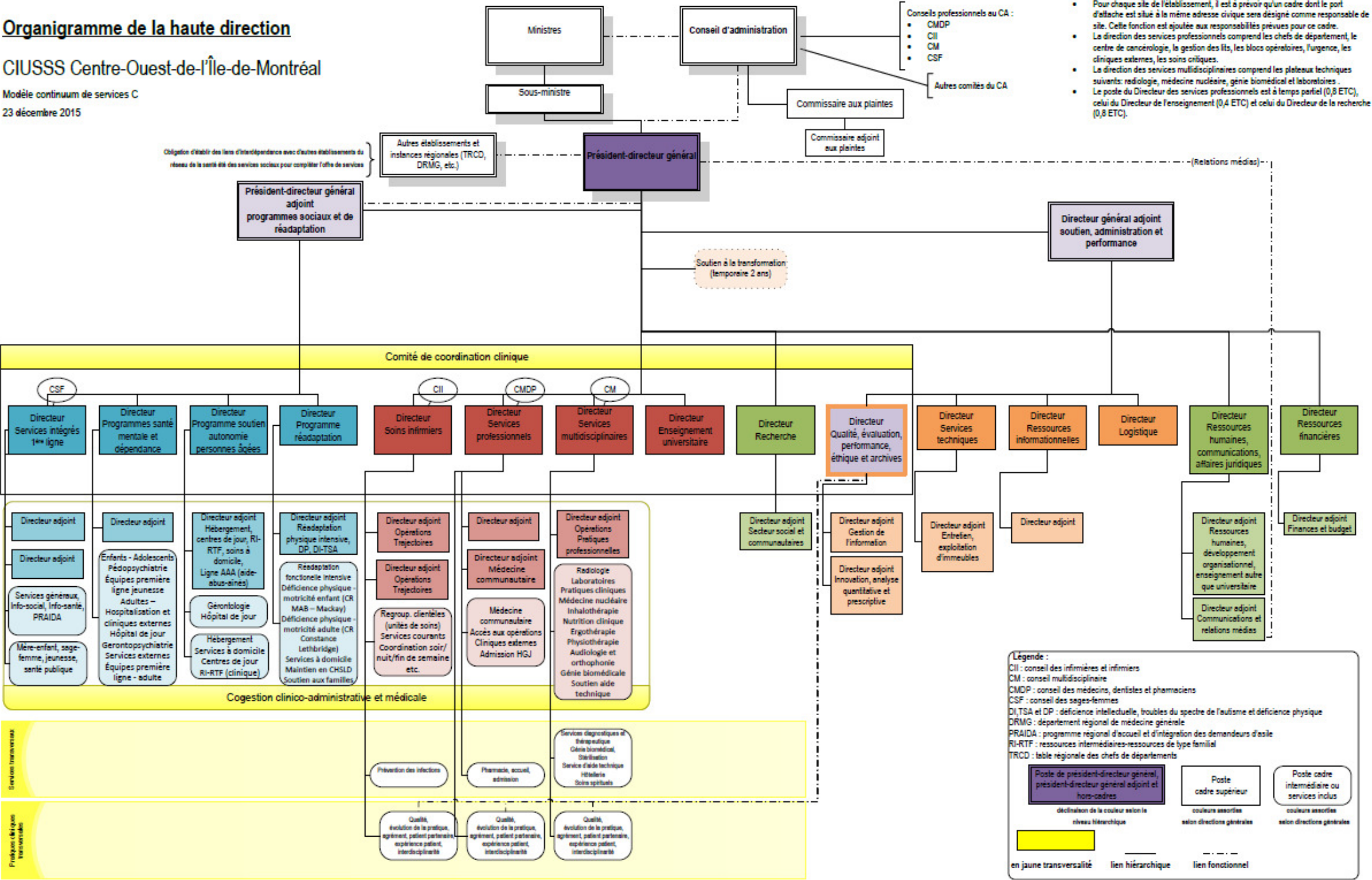
De plus, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a pour mission et pour mandat suprarégionaux de répondre aux besoins de certains bénéficiaires de soins de santé. Par exemple, compte tenu de son statut officiel de réseau bilingue, le CIUSSS veille à ce que les exigences linguistiques des anglophones soient satisfaites. Il soutient également la pratique de certaines traditions religieuses dans les installations où elles sont intrinsèques à l'histoire et aux valeurs de l'établissement (ex. : traditions presbytériennes au Centre d'hébergement St-Andrew et traditions juives à l'Hôpital général juif).

3.1.4 La structure de l'organisation au 31 mars 2016

Organigramme de la haute direction

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

Modèle continuum de services C
23 décembre 2015



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

3.2.1 Le conseil d'administration

3.2.1.1 LES MEMBERS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Alan Maislin, *Président du conseil*
- Samuel Minzberg, *Vice-président et président du comité de gouvernance et d'éthique*
- Dr Lawrence Rosenberg, *Secrétaire et président-directeur général de Santé Centre-Ouest Montréal*
- Lycyna M. Lach, *Présidente du comité de vigilance et d'éthique*
- Mordecai Yalovsky, *Président du comité de vérification*

Membres désignés

- Dre Suzanne Levitz – Département régional de médecine générale (DRMG)
- Dr Rubin Moe Becker – Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Julie Roy – Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- Karen Rose Honegger – Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- John D'Andrea – Conseil multidisciplinaire (CMULTI)
- Gloria Freedman – Comité des usagers (CU)

Membres nommés

- Dr Lawrence Rosenberg – PDG du CIUSSS
- Gail Adelson – Universités affiliées
- Dr David Eidelman – Université affiliée (McGill)

Membres indépendants

- Samuel Minzberg – Compétence en gouvernance ou éthique
- Antonio (Tony) Loffreda – Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
- Allen F. Rubin – Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
- Ronald Waxman – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- Mordecai Yalovsky – Expertise dans les organismes communautaires
- Vivian Konigsberg – Expertise en protection de la jeunesse
- Alan Maislin – Président - Expertise en réadaptation
- Lucyna M. Lach – Expertise en réadaptation
- Linda Fortier – Expertise en santé mentale

- Alyssa Yufe – Expérience vécue à titre d’usager des services sociaux

Bilan des activités

Depuis sa création en octobre 2015, le conseil d’administration a tenu trois réunions ordinaires ainsi que plusieurs réunions spéciales. Les comités obligatoires soit, comité de vérification, comité de gouvernance et d’éthique et comité de vigilance et de qualité, sont tous opérationnels et participent activement au contenu des rencontres par le biais des rapports présentés au conseil par les présidents. Deux ateliers de formation ont également été offerts aux membres du conseil sur les pratiques de gouvernance.

3.2.1.2 LE CODE D’ETHIQUE ET DE DEONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D’ADMINISTRATION

Le code a été adopté par le conseil d’administration à sa réunion de 14 avril 2016. Il n’y avait aucun cas de mesure disciplinaire envers un médecin pour l’exercice 2015-2016.

Le texte complet du code figure à l’Annexe 1, page 93.

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

3.2.2.1 LISTES DES CONSEILS ET COMITÉS

Département régional de médecine générale (DRMG)

DRMG du territoire de Cavendish

Dr Ronald Ludman, président

Membres :

- Dre Yael Acre
- Dr David Weigens
- Dr Jack Gaipman
- Dr Michael Kalin
- Dr George Michaels
- Dr Benoit Lapierre
- Dre Renée Fournier
- Dre Lynn Cohen

Nombre de rencontres entre le 1^{er} avril 2015 et 31 mars 2016 : 2

Bilan des activités :

Pour l'année 2015-2016, suite à la création du CIUSSS, nous avons eu deux réunions durant lesquelles les sujets suivants ont été discutés :

- PREM 2016 (besoins des divers sites, intérêt des candidats) ;
- le nouveau cadre de gestion GMF ;
- le corridor unique aux plateaux diagnostiques (accueil clinique) ;
- les futurs travaux de la Table locale de coordination.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSPP)

Aucune information n'est fournie ici, car ce comité a reçu un mandat régional. Toutefois, les représentants du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal participent au comité régional.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a entamé son mandat le 1^{er} avril 2015, conformément au Règlement de régie interne transitoire du CMDP dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ainsi qu'aux exigences et aux règlements du conseil d'administration du CIUSSS.

En bref, le CMDP a pour mandat de :

- évaluer, contrôler et améliorer la qualité et la pertinence des actes professionnels de ses membres;
- évaluer les mises en candidature et les nominations des médecins, dentistes et pharmaciens du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- examiner les plaintes relatives à la compétence et au comportement de ses membres;
- participer à différents comités et sous-comités médicaux, professionnels et scientifiques obligatoires, qui soutiennent et assurent la prestation d'actes professionnels de qualité. Parmi ces comités, figurent :
 - le comité d'évaluation des actes médicaux (CAMA)
 - le comité de pharmacologie et de thérapeutique
 - le comité d'examen des titres (sous les auspices du DSP)
 - le médecin examinateur
 - le comité de révision médicale.

Entre le 1^{er} avril et le 9 décembre 2015, la Dre Louise Miner, directrice des Services professionnels du CIUSSS, a présidé le comité exécutif du CMPD.

La première assemblée générale du nouveau CMDP du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'est tenue le 15 juin 2015.

Les membres du comité exécutif de transition du CMDP ont été élus le 9 décembre 2015.

- Président : Dre Elizabeth MacNamara, biochimiste médicale, HGJ
- Premier vice-président : Dre Audrey Juras, médecin de famille, CLSC Metro
- Deuxième vice-président : Dr Daniel Ince-Cushman, médecin de famille, CLSC Côte-des-Neiges
- Secrétaire : Tâches partagées par le président et les vice-présidents durant la période de transition.

Membres du comité exécutif :

- Dr Lawrence Rosenberg, président-directeur général, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Dre Louise Miner, directrice des Services professionnels, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Dr Marc Afilalo, médecin d'urgence, Hôpital général juif
- Dr Jack Gaipman, médecin de famille, Centre gériatrique Donald Berman Maimonides
- Dr Mark Karanofsky, médecin de famille, Hôpital général juif
- Dre Suzanne Levitz, médecin de famille, Hôpital Mont-Sinaï
- Dr Ernesto Schiffrin, médecin interne, Hôpital général juif
- Dre Debrah White, médecin de famille, Centre de réadaptation Constance Lethbridge
- Dr David Weigens, médecin de famille, CSSS Cavendish

Membres d'office :

- Dr Ron Ludman, directeur adjoint, Services professionnels, CSSS Cavendish
- Dre Vania Jimenez, directrice adjointe, Services professionnels, CHLD
- Le Dr Rubin Becker remplace les deux membres d'office ci-dessus à titre de directeur adjoint, Services professionnels, depuis avril 2016.

Tous les mois, le comité exécutif du CMDP a tenu des réunions officielles par téléconférences pour traiter de certaines questions urgentes, telles qu'exigées. Le président et les vice-présidents se sont rencontrés une fois par semaine pour préparer les rencontres mensuelles.

L'enjeu initial du comité exécutif du CMDP consistait à jeter les bases d'un comité fonctionnel, où les besoins de tous ses membres pourraient se faire entendre et, si possible, être satisfaits. Étant donné la nature très différente des neuf établissements membres, il s'est avéré essentiel d'assurer la représentation et le fonctionnement de tous les sites.

La première question à traiter a été la nouvelle structure et les statuts du CMDP, fixés par le MSSS et transmis à chaque CIUSSS au Québec. Ils ont été approuvés à l'unanimité.

Étant donné l'impossibilité de procéder au remplacement immédiat des comités existants par un seul comité du CIUSSS, il a été convenu que les comités de chaque établissement continueraient de fonctionner comme auparavant, mais en tant que sous-comités du nouveau comité exécutif, et ce, durant un an. Les titres devraient ainsi être validées localement, mais soumis au bureau de la DSP (Dre Miner), où le comité d'examen des titres les examinerait pour approbation finale.

Comité d'évaluation des actes médicaux

Il a été décidé que les comités individuels de chaque établissement rédigeraient un rapport distinct à l'intention du comité exécutif du CIUSSS. Chaque membre du comité exécutif devrait recevoir ces rapports. Le président et les vice-présidents les collationneraient à leur tour pour se pencher notamment sur les problèmes récurrents transinstitutionnels. Le rôle du CAMA dans l'ensemble du CIUSSS n'a pas été résolu. Une proposition suggère d'avoir un comité central et quatre sous-comités pour chaque type d'établissements – c'est-à-dire, hôpital universitaire, CHSLD, centre de réadaptation et CLSC. En raison de la fusion des différents comités, les rapports fusionnés de tous les établissements ne sont pas encore disponibles.

Les structures de rapport sont en voie de développement et elles seront en place d'ici octobre 2016. Les rapports collationnés devraient être présentés à l'exécutif d'ici fin octobre 2016.

Le comité de pharmacologie et de thérapeutique

Le comité de pharmacologie et de thérapeutique a été exemplaire, car depuis avril 2015, il fonctionne comme un comité « trans-CIUSSS ». Sa composition reflète la nature multidisciplinaire et multisites de son mandat. En 2015-2016, ce comité a respecté le mandat du Ministère et complété l'harmonisation de son formulaire. Ses membres examinent et transmettent toute l'information relative aux médicaments : ajouts et suppressions sur le formulaire, mises en garde contre certains médicaments, politiques et procédures. Le comité approuve également les ordonnances collectives et les ordonnances préimprimées. Les examens d'utilisation des médicaments sont réalisés dans l'espoir d'améliorer la qualité des soins et de réduire le budget alloué aux médicaments.

Members:		
Abittan, Gaelle	HGJ	Pharmacie
Azran, Daniella Dre	CSSS Cavendish	Gériatrie
Beardsley, Jennifer Dre	CSSS Cavendish	Réadaptation
Bianco, Judy	HGJ	Soins infirmiers
Borten, Odelia Dre	CSSS Cavendish	Réadaptation
Bourkas, Angelo, Dr	Maimonides	Médecine
Cohen, Eva - présidente	HGJ	Pharmacie

Dankoff, Jerald Dr	HGJ	CAMA
Dayan, Iris	Mont-Sinaï	Pharmacie
Grad, Willis Dr	HGJ	Urgence
Grondin, Johanne	CLSC	Soins infirmiers
Kader, Tina Dre	HGJ	Médecine interne
Klein, Linda Dre	Mont-Sinaï	Soins de longue durée
Langleben, David Dr	HGJ	Cardiologie
Levitz, Suzanne Dre	Mont-Sinaï	Réadaptation pulmonaire
Lipes, Jed Dr	HGJ	Soins intensifs
Listes, Vivianne	CHSLD	Pharmacie
Ludman, Ronald	CSSS Cavendish	Médecine
Luterman, Rosalind Dre	CSSS Cavendish	Gériatrie
Martin, Markus, Dr	CHSLD	Médecine
McBean, Althea	HGJ	Nursing
Miller, Wilson Dr	HGJ	Oncologie
Miner, Louise Dre	CIUSSS	DPS
Moore, Fraser, Dr	HGJ	Neurologie
Poulin, Marie Claude	Maimonides	Pharmacie
Quance, Daniel Dr	HGJ	Anesthésie
Roy, Carmelia Dre	HGJ	Psychiatrie
Tradounsky, Golda Dre	Mont-Sinaï	Soins palliatifs
Wohl, Lee	CSSS Cavendish	Pharmacie

Comité d'examen des titres (sous les auspices de la directrice des Services professionnels)

Nominations as of April 2015

Sabri, Ali	Radiologie diagnostique
Koby, Lawrence	Obstétrique-gynécologie
Khusraw, Sabit	Radio-oncologie, Service d'oncologie
Darvish, Zargar, Mahshad	Ophtalmologie
Robichaud, Laurie	Médecine d'urgence
Balendra, Haran	Médecine d'urgence
Bernard, Julia	Médecine d'urgence
Mueller, Carmen	Chirurgie générale, Services chirurgicaux
Spicer, Jonathan	Chirurgie thoracique, Services chirurgicaux
Mijovic, Tamara	Oto-rhino-laryngologie
Quan, Ton-Yee	Médecine familiale
Tremblay, Patrice	Médecine familiale
Koolian, Maral	Médecine interne, Service de médecine
NgCheong, Nathalie	Néphrologie, Service de médecine
Nguyen, Kim-Anh	Néonatalogie, Service de pédiatrie

Bayne, Jason
Benhamou, Véronique
Perillo, Michele
Haligua, Alexis
Xia, Chenjie
Saliem, Sara
Redpath, Margaret
Rej, Soham
Abualsaud, Omar
Angelopoulos, John
Madar, Jaclyn
Kronick, Rachel
Audelin, Marie-Chantal
Friedlander, Richard
Ajjamada, Lissa
Weiss, Karl

Chirurgie vasculaire, Services chirurgicaux
Médecine dentaire
Radiologie diagnostique
Médecine familiale
Neurologie, Service de neurosciences
Obstétrique-gynécologie
Anatomo-pathologie
Psychiatrie
Cardiologie, Service de médecine
Médecine interne, Service de médecine
Obstétrique-gynécologie
Psychiatrie
Cardiologie, Service de médecine
Cardiologie, Service de médecine
Hématologie, Service de médecine
Microbiologie médicale, Service de médecine

Departures

Fisher, Gillian
Lupu, Harvey
Shatz, Richard
Abraham, Cherrie
Brahm, Evan
Ketchian, Leon
Solomon, Martin
Yechouron, Chahkrokh
Quiros-Calinoiu, Elsa
Rosenbloom, Marvin

Gériatrie, Service de médecine familiale
Pédiatrie
Obstétrique-gynécologie
Chirurgie vasculaire, Services chirurgicaux
Psychiatrie
Obstétrique-gynécologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Obstétrique-gynécologie
Radiologie diagnostique

Leaves of Absence

Kahn, Susan
Adams, Mark P.
Goldfarb, Michael

Endocrinologie, Service de médecine
Psychiatrie
Cardiologie, Service de médecine

Deceased

Palayew, Max
Tannenbaum, Terry

Radiologie diagnostique
Santé public

Les poste suivants ont été dotés :

Médecin examinateur du CIUSSS : Dr Paul Warshawsky

Chef de la pharmacie et présidente du comité de pharmacologie et de thérapeutique du CIUSSS : Eva Cohen

Médecins membres :

- Dre Sylvie Boulet, médecin de famille, CLSC de la Montagne
- Dre Judy Glass, psychiatre, Hôpital général juif

La direction a convenu à l'unanimité que la principale initiative de notre comité devait être l'amélioration de la qualité dans l'ensemble du CIUSSS grâce à des activités d'évaluation, de supervision et de normalisation appropriées. En collaboration avec le personnel infirmier et celui des professions paramédicales, les médecins et les chirurgiens visent à accroître la normalisation dans l'ensemble du CIUSSS par le biais de plans de soins des patients, d'ordonnances collectives ainsi que de politiques et procédures.

Le comité de pharmacologie et de thérapeutique en est un parfait exemple, puisqu'il travaille comme unique comité « trans-CIUSSS » à normaliser des documents ainsi que des initiatives axées sur les médicaments et la qualité des soins. Nous avons convenu à l'unanimité de la nécessité de vérifier les notes d'acheminement vers un médecin et le retour de l'information au médecin requérant comme moyen de valider et d'améliorer cet indicateur de qualité essentiel. Ce processus constituera une importante initiative de qualité pour le prochain exercice. Le bureau de la gestion et de la qualité de la Dre Anne Lemay contribuera à la réalisation de ces vérifications.

La liste ci-dessous des ordonnances collectives a été adoptée par le comité exécutif du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal:

- Posologie de Pipéracilline/Tazobactam
- Abandon du recours aux laxatifs chez les patients traités par vancomycine administrée par voie orale
- Substitution automatique des corticostéroïdes topiques
- Implantation d'un stimulateur par voie épigastrique
- Application de Flamazine en radiothérapie et dermatologie
- Substitution de la benzodiazépine
- Substitution des médicaments inhalés
- Substitution du diltiazem à longue durée d'action
- Substitution d'antihistaminiques de deuxième génération

Cotisation des membres du conseil

La question complexe des cotisations des membres du conseil n'a pas encore été résolue. Le Dr Marc Afilalo travaille à mettre au point une formule qu'il proposera sous peu au comité exécutif pour examen.

Ce fut une année très complexe et très intéressante pour notre nouveau CIUSSS. Notre comité exécutif a fourni à ses membres une excellente occasion de mieux connaître et comprendre leurs collègues des autres établissements du CIUSSS. Quant à moi, j'ai reçu

l'aide d'un groupe exceptionnel de cadres chevronnés et expérimentés de plusieurs établissements en plus de deux vice-présidents très enthousiastes. C'est donc avec gratitude pour leur soutien et assistance que je soumetts respectueusement ce rapport annuel.

Elizabeth MacNamara

Présidente du comité exécutif du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Pour obtenir plus d'informations concernant le Comité de pharmacologie et de thérapeutique du CIUSSS, veuillez consulter l'Annexe 2, page 115.

Conseil des infirmières et infirmiers

Le comité s'est formé en juin 2015. Les membres qui composent le comité transitoire proviennent principalement des anciens CECII des établissements fusionnés. Le comité s'est rencontré à 6 reprises entre juin 2015 et mars 2016.

Membres composant l'exécutif transitoire

Noms	Fonctions	Directions
Pier-Paul Larochelle	Président	Première ligne
Marie-Claire Bélisle	Vice-Présidente	Santé Mentale et dépendance
Jonathan Harroche	Secrétaire	DSI-Hôpital
Karen Rose Honegger	Conseillère	DSI-Qualité
Chaline El Habre	Conseillère	DSI-Hôpital
Kassandra Phanord	Conseillère	Première ligne
Nicola Fitchett	Conseillère	Réadaptation
Anna Nunez	Conseillère	Première ligne SAPA
Dao Nguyen	Conseillère	DSI-Hôpital
Parthenopi Orfanidis	Conseillère	Hébergement
Natacha Lafrenière	Représentante CIIA	Première ligne

Bilan des activités

- Établissement du fonctionnement du comité;
- Révision du règlement de la régie interne;
- Visibilité du CECII :
 - Création d'une page intranet;
 - Établissement de canaux de communication.

- Participation à la ronde de consultation sur les compétences à développer chez les étudiantes infirmières pour assurer une prestation sécuritaire des soins infirmiers;
- Participation au processus d'adoption de la règle de soins infirmiers de la prescription infirmière - mars 2016;
- Préparation et organisation de l'élection de l'exécutif du CECII 2016-2017.

Conseil multidisciplinaire

Membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire(CECM) transitoire

Lynne Dawson, Élise Jobin	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Sondra Goldman, Kim Weippert	Centre gériatrique Maimonides Donald Berman
Chantal Forget, Béthanie Roy	Centre Miriam
Gloria Capaz	CHSLD juif de Montréal
Lisa Lacasse, Wendy Foster	CSSS Cavendish
Mélanie Reis, Debbie Ferguson	CSSS de la Montagne
Line Ouellet, Danielle Lynch	Hôpital Mont-Sinaï
Martin Bergevin, Marie-Claude Héroux	MAB-Mackay
Paula Calestagne, Patricia Urrico	Hôpital général juif
Dan Gabay	Directeur des services multidisciplinaires

Bilan des activités

Le comité a tenu six réunions entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016. Cette année a été marquée par l'intégration de neuf sites, incluant plus de 26 installations pour former le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui regroupe plus de 2 000 membres.

- Établissement de la composition et du mandat du comité exécutif transitoire;
- Formation de trois sous-comités : 1) pour la mise en place les règlements régissant le CM en suivant les directives du MSSS, 2) pour la rédaction du Cadre de Référence des Comités de Pairs, et 3) pour planifier l'assemblée générale annuelle prochaine;
- Approbation par conseil d'administration des règlements de régie interne le 25 février 2016;
- Désignation d'un responsable des Communications afin d'assurer une communication aux membres en soumettant régulièrement au bulletin 360° et l'intranet;
- Tenue d'une assemblée générale spéciale à l'HGJ avec la diffusion à trois sites du réseau le 10 février 2016, à laquelle 166 membres y ont participé;
- Nomination d'un membre comme présidente d'élection pour gérer l'élection prochaine des membres au comité exécutif futur;

- La composition du comité exécutif est basée sur un modèle favorisant la représentation des différents programmes, des installations et de domaines d'activités ainsi que de titres d'emploi.

Comité des usagers

Membres du comité exécutif

- Locio D'Intino, Président
- Gloria Freedman, Vice-présidente et secrétaire
- Vic Charbonneau, Trésorière

Le comité des usagers du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été formé le 4 mai 2015, à la suite la mise en application, le 1^{er} avril 2015, 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. Le rôle clé et les principales fonctions du comité des usagers englobent la représentation, la coordination et l'harmonisation de tous les comités des usagers (CU) et de tous les comités des résidents (CR) permanents. Dans leur rôle de gardiens des droits des usagers, les CU et les CR favorisent l'amélioration de la qualité. Le comité s'est réuni à six reprises au cours de l'année 2015-2016.

Bilan des activités

- Une ébauche des Règlements de régie interne a été élaborée.
- Le nombre de membres du comité s'est élargi pour comprendre tous les présidents des neuf comités d'usagers permanents des sites du réseau, ainsi que cinq représentants des comités des résidents.
- Le 25 novembre 2015, le comité des usagers a tenu une réunion de tous les membres des CU et des CR du réseau pour les informer de la nouvelle structure intégrée et du processus de plaintes.
- Le comité des usagers a créé trois comités permanents représentant les finances, la programmation et le marketing afin de coordonner et d'harmoniser les projets.
- Le comité des usagers reçoit les rapports annuels des CU et des CR du réseau.

3.2.2.2 COMITE DE VIGILANCE ET DE LA QUALITE

Présidente : Dre Lucyna Lach

Membres

- Dr Lawrence Rosenberg
- Dre Anne Lemay
- Allen Rubin
- Gloria Freedman
- Linda Fortier
- Rosemary Steinberg
- Chantal Bellerose

Le Comité de vigilance et de la qualité a consacré ses premières réunions à prendre connaissance des recommandations émises par les différents ordres professionnels lors de visites d'inspection dans les différentes installations du CIUSSS. Les membres font aussi le suivi des différentes recommandations des organismes d'agrément. Ils ont aussi le rapport de la commissaire aux plaintes et de la qualité.

Sensibles à la situation des infections nosocomiales, les membres ont invité le Dr Yves Longtin à dresser un portrait de la performance à cet égard et on appuyé la campagne de promotion sur l'hygiène des mains.

3.2.2.3 COMITE DE GESTION DES RISQUES

Présidente : Dre Anne Lemay, DGA et directrice de la gestion qualité, de l'évaluation, de l'éthique de la performance

Membres

- Chantal Bellerose, coordonnatrice, qualité, gestion des risques, agrément, expérience-patient
- Johanne Boileau, personne désignée par le PDG et DSI
- Silvana Perna, coordonnatrice, prévention et contrôle des infections
- Marie-Claude Poulin, conseillère, sécurité du circuit médicament
- Dre Louise Miner, médecin, représentante de la DSP
- Eva Cohen, représentante, pharmacie
- Dan Gabay et Mary Lattas, représentants de la DSM
- Zita Krusewski, coordonnatrice, bureau éthique clinique
- Audrey Benarrosh, représentante, DSM, stérilisation, GBM et service alimentaire
- Bernie Weinstein, patient aviseur
- Dre Elizabeth MacNamara, représentante, laboratoires
- Marie Ouellon, représentante, direction des soins intégrés 1^{ère} ligne
- Tung Tran, représentant, direction santé mentale et dépendance
- Felicia Guarna, représentante, direction programme de réadaptation
- Barbra Gold, représentante, direction SAPA (programme de soutien à l'autonomie de personnes âgées)
- Neil Michaels, coordonnateur, mesures d'urgence et de la sécurité publique
- Nancy Fiset, coordonnatrice, service de santé et sécurité du travail
- Lianne Dzygala, gestionnaire de risques
- Nathalie Trastour, chef, qualité et gestion de risques, mission SAPA et communautaire
- Milena Marn, secrétaire du comité

Jusqu'au printemps 2016, les Comités de gestion des risques ont poursuivi leurs travaux dans les différentes installations et concernant la déclaration, l'analyse des événements sentinelles, la prévention et le contrôle des infections, le suivi des normes d'agrément, et

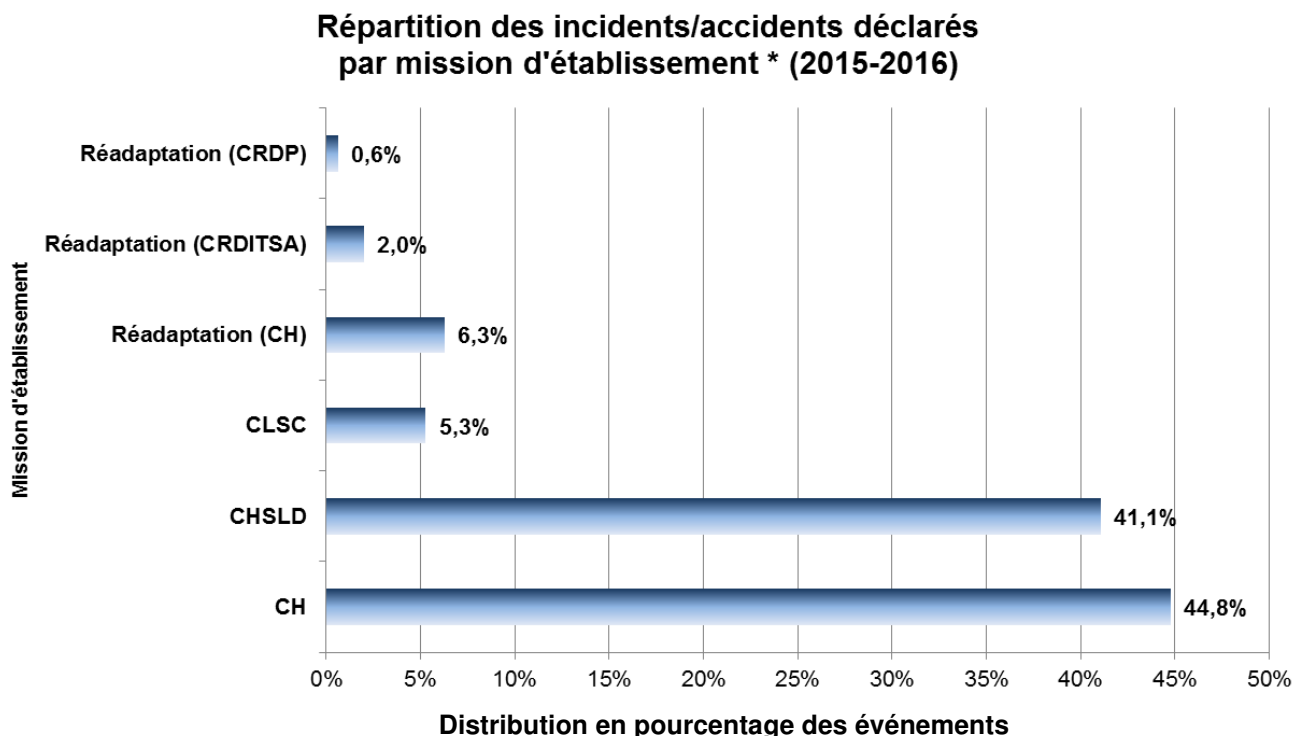
le suivi des différents plans d'amélioration y compris ceux donnant suite aux visites ministérielles sur le milieu de vie.

Durant l'exercice financier 2015-2016, ce sont 13 846 événements indésirables qui ont été déclarés par les intervenants de l'établissement CIUSSS par rapport à 13 997 en 2014-2015; soit qu'une diminution de 1 % en contexte d'intégration, ce qui mérite d'être célébré.

Pour le secteur hors-hôpital, c'est une augmentation du nombre de déclarations de 17 % en comparaison à l'exercice financier 2014-2015, qui souligne bien la culture de sécurité qui règne au sein du CIUSSS.

Pour le secteur hôpital, c'est une diminution de 16 % en comparaison à l'exercice financier 2014-2015 et qui s'explique entre autre par un déménagement de plusieurs équipes de soins cliniques, spécialisées et critiques vers le nouveau pavillon K et la décentralisation de la saisie du formulaire AH-223.

L'histogramme suivant indique le pourcentage d'événements répartis par mission de l'établissement.



* *Liste des sigles :*

<i>CH</i>	<i>Centre hospitalier</i>
<i>CHSLD</i>	<i>Centre d'hébergement et de soins de longue durée</i>
<i>CIUSSS</i>	<i>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux</i>
<i>CLSC</i>	<i>Centres locaux de services communautaires (soit les services de premières lignes, les soins et services à domicile, les services de santé mentale, accueil et réception, centre de prélèvements)</i>
<i>CRDITSA</i>	<i>Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme</i>
<i>CRDP</i>	<i>Centre de réadaptation en déficience physique</i>

Incident: Une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, entre autres occasions, pourrait entraîner des conséquences. Échelle de gravité A à B. (LSSSS art. 183.2)

Accident: Une action ou une situation où le risque se réalise et **affecte un usager** est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur la santé ou le bien-être de l'utilisateur, d'un membre du personnel, d'un professionnel impliqué ou d'un tiers. Échelle de gravité de C* à I. (LSSSS art. 8)

* **N.B.:** Il s'agit d'un changement dans la définition de l'échelle de gravité C, depuis décembre 2011 (autrefois considéré comme un incident, on le considère maintenant comme un accident).

Tous les événements déclarés (incidents et accidents) sont notés selon la gravité de leurs conséquences ou des préjudices causés au patient en conformité avec les niveaux de gravité du NCC-MERP (voir le tableau ci-dessous).

Échelle de gravité adaptée du National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) :			
Catégorie	Conséquence	Gravité	Définitions
Incident	Sans conséquence	A	Des circonstances ou des événements ayant pu causer une erreur ou un préjudice (situation à risque).
		B	Une erreur est survenue mais personne n'a été touchée (échappée belle, incident).
Accident	Inconvénients ou conséquences mineures	C	Une erreur, notamment une omission, est survenue mais la personne touchée n'a subi aucune conséquence et aucune surveillance ni intervention n'ont été nécessaires.
		D	Une erreur est survenue et une personne a été touchée, ce qui a nécessité une surveillance pour confirmer qu'elle n'avait subi aucune conséquence et / ou aucune intervention n'était nécessaire afin d'éviter des conséquences chez la personne touchée.
		E 1	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences temporaires chez la personne touchée et avoir nécessité des premiers soins non spécialisés.
	Nécessite des soins spécialisés ou une prolongation de la durée de l'hospitalisation	E 2	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences temporaires chez la personne touchée et avoir nécessité des interventions; des soins et des traitements supplémentaires spécialisés sans pour autant entraîner une prolongation de l'hospitalisation.
		F	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences temporaires chez la personne touchée et avoir nécessité des soins ou des traitements supplémentaires spécialisés ayant entraîné une hospitalisation ou une prolongation de l'hospitalisation.
	Événement sentinelle	G	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences permanentes chez la personne touchée.
		H	Un accident est survenu et a nécessité des interventions (RCR) pour maintenir la personne en vie.
		I	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine du décès de la personne touchée.

Le tableau suivant présente le nombre d'événements répartis par mission d'établissement et par niveau de gravité pour l'année financière 2015-2016.

REPARTITION DES INCIDENTS/ACCIDENTS DECLARES PAR MISSION D'ETABLISSEMENT ET PAR GRAVITE 2015-2016												
Missionsd'établissement	Indices de gravité											
	Incident		Accident sans conséquence		Accident avec conséquences temporaires			Événements sentinelle			Indéterminé	
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I		TOTAL
Secteurhôpital												
CH	172	2292	1249	1398	165	884	49	-	9	4	-	6222
Secteur hors hôpital												
CHSLD	326	335	897	2260	1673	165	33	8	-	4	7	5 708

REPARTITION DES INCIDENTS/ACCIDENTS DECLARES PAR MISSION D'ÉTABLISSEMENT ET PAR GRAVITE 2015-2016													
Missionsd'établissement		Indices de gravité										TOTAL	
		Incident		Accident sans conséquence		Accident avec conséquences temporaires			Événementssentinelle				Indéterminé
		A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I		
CLSC		22	147	407	85	34	28	7	1	-	1	2	734
Réadaptation	CH	76	182	225	293	70	22	3	-	-		1	872
	CRDITSA	1	8	38	159	65	5	1	-	-	-	-	277
	CRDP	22	15	29	10	2	5	1	-	-	-	1	85
Sous-total (secteur hors hôpital)		447	687	1 596	2 807	1 844	225	45	9	-	5	11	7 676
TOTAL :		619	2979	2845	4205	2009	1109	94	9	9	9	11	13898
% :		4,5%	21,4%	20,5%	30,3%	14,5%	8,0%	0,7%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	100,0%

Compte tenu que les définitions d'événement sentinelle n'étaient pas nécessairement harmonisées dans l'ensemble des établissements de santé constituant le CIUSSS, il est plus difficile d'indiquer le nombre précis d'événements sentinelles, puisqu'il s'agit de définitions établies selon les besoins des secteurs. En revanche, tout événement ayant eu des impacts majeurs sur les usagers ont fait l'objet d'une analyse et d'identification de mesures à mettre en place pour éviter la récurrence.

Pour les autres missions :

Au cours de l'année financière 2015-2016, 7 676 événements indésirables ont été déclarés.

Des événements déclarés : 85 % sont des accidents (*usager touché, gravité C à I*) et
15 % sont des incidents (*usager non touché, gravité A et B*).

Pour la mission hospitalière soins aigus :

Au cours de l'année financière 2015-2016, 6 222 événements indésirables ont été déclarés.

Des événements déclarés : 60% sont des accidents (*usager touché, gravité C à I*) et
40% sont des incidents (*usager non touché, gravité A et B*).

**REPARTITION DES INCIDENTS/ACCIDENTS DECLARES
PAR TYPE D'ÉVENEMENT ET PAR MISSION D'ÉTABLISSEMENT
2015-2016** (1^{ER} AVRIL 2015 AU 31 MARS 2016)

Types d'événement	Secteur hôpital	CH	Secteur hors hôpital	CHSLD	CLSC	CH	CRDITSA	CRDP	Sous- total (secteur hors hôpital)	Total	%
						Réadaptation					
Chute		680		2 664	181	318	71	26	3 260	3940	28.3
Erreur de médicament		788		990	188	381	40	3	1 602	2390	17.2
Problème d'abus/agression/harcèlement/intimidation		450		171	12	-	72	4	259	709	5.1
Erreur de traitement /intervention		362		106	35	20	1	-	162	524	3.8
Problèmes de matériel, d'équipement, d'installations physiques et d'effets personnels		329		232	17	56	6	8	319	648	4.7
Erreur de diète (régime alimentaire)		37		34	3	19	1	-	57	94	0.7
Test diagnostique		3100		11	26	8	-	2	47	3147	22.6
Problème de RDM/MMUU *		12		-	-	-	-	-	-	12	0.1
Autres types d'événement (Ex. : bris de confidentialité, automutilation, blessure d'origine inconnue, tentative de suicide, fugue, plaie de pression)	464	1 500	272	70	86	42	1 970	2434	17.5		
TOTAL	6222	5 708	734	872	277	85	7 676	13898	100 %		

* RDM / MMUU : Retraitement des dispositifs médicaux/ Matériel médical à usage unique critique ou semi-critique.

Pour toutes les missions (sauf hospitalières) :

Comme l'indique le tableau ci-dessus, les événements indésirables les plus déclarés sont :

- les chutes (43 %)
- les événements liés à la gestion des médicaments (21 %)

Concernant la prévention des chutes, l'occurrence la plus élevée, une démarche d'amélioration et d'harmonisation des pratiques a été amorcée au sein du CIUSSS.

Pour la mission hospitalière :

Comme l'indique le tableau ci-dessus, les événements indésirables les plus déclarés sont :

- ceux reliés aux examens diagnostiques (50 %), notamment ceux liés à l'identification des échantillons prélevés chez des patients (ces derniers (94 %) étant tous précisément relevés dans une base de données et ayant eu peu de conséquences)
- les événements liés à la gestion des médicaments (13 %)
- les chutes (11 %)

*voir tableaux ci-bas

Les comités de prévention des chutes et celui de l'identification sécuritaire des patients sont très actifs pour analyser les rapports d'incidents et d'accidents en lien avec les chutes et trouver des solutions pouvant permettre une amélioration et présentent régulièrement au comité de la qualité et de la gestion des risques. Le comité CIUSSS de la qualité et de la gestion des risques débute ses activités et toutes les données CIUSSS en lien avec la sécurité et la qualité des soins sont à l'agenda du CA CIUSSS à la même période. La DQEPEA a recruté une conseillère responsable de la sécurité du circuit du médicament, qui collaborera avec la direction des services professionnels, des services de pharmacie, la direction des soins infirmiers et les autres directions. De plus, le comité de la sécurité du circuit du médicament CIUSSS a débuté ses travaux.

Analyse des événements sentinelles

Treize analyses d'événements sentinelles ont été menées par les coresponsables du Programme de la qualité, au cours de la dernière année. De plus, plusieurs analyses départementales ont été effectuées pour d'autres accidents évités de justesse et/ou événements sentinelles.

Thèmes récurrents :

L'analyse des tendances découlant des événements sentinelles antérieurs a permis d'en dégager les thèmes principaux suivants :

- Chutes contribuant au décès ou requérant une intervention pour maintenir en vie;
- Événements en lien avec les médicaments : Vasopressor/Levophed, Propofol, allergie au Vancomycin;
- Communication efficace et au bon moment entre les prestataires de soins : résultats de laboratoire critiques, Urgence/Analyses des imageries radiologiques, transfert de l'information aux points de transition;
- Identification du patient;
- Outre les événements sentinelle, voici quelques exemples d'événements en lien avec l'environnement qui ont également fait l'objet d'une analyse : feu/sang dans le Pavillon B, naissance dans le stationnement du pavillon H, panne d'électricité au Pavillon K, etc.

3.3 LES FAITS SAILLANTS

3.3.1 Soins infirmiers

Durant cette période porteuse d'espérance et de renouveau au sein du système de santé public, les infirmières cliniciennes et les dirigeants de l'ensemble du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal se sont mobilisés pour créer un Service de soins infirmiers novateur et bien équipé afin de relever les défis du réseau de la santé en constante évolution. Par le biais de ses efforts conjugués, le Service entend fournir des soins infirmiers novateurs, de qualité supérieure et à valeur ajoutée à ses patients, ses résidents et ses clients.

Soucieux des besoins des bénéficiaires des soins de santé, les membres de la direction des soins infirmiers des différentes installations du réseau ont créé un comité exécutif des soins infirmiers, qui se réunit deux fois par semaine. Leur objectif : consolider l'équipe des infirmières et infirmiers, harmoniser les pratiques administratives et cliniques et diriger l'équipe de professionnels durant l'un des processus de changement les plus exigeants du secteur de la santé au Québec depuis plusieurs décennies.

Parallèlement, le Conseil des infirmières et infirmiers a fait l'objet d'un processus d'intégration sous la direction intérimaire du président Pier-Paul Larochelle. Le nouveau conseil supervisera l'intégration des programmes de soins tout en veillant au maintien et à l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans tous les sites de prestation de services.

Autres éléments importants ayant marqué l'exercice 2015-2016 :

- Une équipe du personnel infirmier de pratique avancée, le Cadre Conseil, a entrepris de relever un défi relatif à l'élargissement de son rôle en travaillant dans tous les sites du réseau et en menant leur mission visant à favoriser la prestation rapide des soins et plusieurs améliorations en matière de prestation de services tout au long du continuum de soins. Parmi les stratégies à déployer auprès de certaines populations prioritaires figurent la schématisation des processus des trajectoires de soins, l'identification des meilleures pratiques et l'analyse des lacunes permettant de définir les points à améliorer.
- Les spécialistes en soins infirmiers collaborent étroitement pour harmoniser et normaliser les pratiques dans trois domaines prioritaires pour les bénéficiaires de soins, qui servent également d'indicateurs de la performance des soins infirmiers : la prévention des chutes, la prévention des plaies de pression et l'utilisation de mesures de contention. Dans tous les établissements du réseau, on examine actuellement les meilleures pratiques, les outils, les méthodes de mesures et les résultats projetés pour faire en sorte que les usagers de la santé reçoivent les meilleurs soins possible.

- La direction du Conseil des infirmières et infirmiers a adopté la « règle de soins sur la prescription infirmière », une initiative de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec visant l'élargissement du cadre des fonctions. Ainsi, à compter de 2017, le personnel infirmier adoptera la règle de soins sur la prescription infirmière pour tous les programmes autorisés.
- Pour répondre aux besoins des personnes âgées fragiles, les infirmières ont qualifié de hautement prioritaire l'adoption des pratiques décrites dans le programme *Approche adaptée à la personne âgée*. Codirigée par les Soins infirmiers, une vaste équipe multidisciplinaire a ainsi été créée pour mettre en œuvre ce programme du Ministère, comprenant d'importantes améliorations apportées au chevet des personnes âgées fragiles. À la fin de l'année, des vérifications dans les unités ont noté une augmentation de la mobilité des patients, des plans de mobilité ayant été documentés auprès de 80 % des patients des unités médicales et gériatriques. L'attention accordée à la sécurité des patients figure dans des rapports où l'on indique que 80 % de tous les patients âgés ont une sonnette d'appel à portée de la main. En outre, au quatrième trimestre, on a constaté une augmentation de 20 % du libre passage entre le lit et la salle de bain dans les chambres ayant fait l'objet d'une vérification. Toutes ces améliorations facilitent le maintien de l'autonomie fonctionnelle des patients âgés.
- En février 2016, l'équipe interdisciplinaire de Neurosciences a remporté un grand succès en obtenant un mandat de quatre ans du Ministère comme centre secondaire désigné en matière de continuum de services pour les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou à risque de l'être.
- À noter finalement que les infirmières ont joué un rôle déterminant dans tous les aspects de l'inauguration de la nouvelle aile de soins critiques, le pavillon K de l'Hôpital général juif. En plus d'avoir contribué à la gestion, la planification et la mise en œuvre de cette réalisation, le personnel infirmier continue de modifier les processus du travail en soins infirmiers qui ont permis de déménager une grande partie des activités de l'Hôpital au pavillon K. Outre le transfert sans faille des patients du bâtiment à caractère historique, la continuité des soins offerts dans des conditions entièrement nouvelles témoigne de la qualité de la contribution essentielle de l'équipe des soins infirmiers au bien-être des patients et de leur famille.

3.3.2 Services multidisciplinaires

En février 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux a désigné l'Hôpital général juif centre secondaire en matière d'AVC. Cette désignation résulte d'un effort de collaboration entre la direction des services multidisciplinaires, les équipes médicales et celles de soins infirmiers pour satisfaire à des critères spécifiques fixés par le Ministère. Parmi ceux-ci figurent l'accès à l'imagerie diagnostique en temps opportun, la mise en

place d'outils d'évaluation fondés sur des données probantes, la tenue quotidienne de caucus interdisciplinaires, l'application du Plan d'intervention interdisciplinaire individualisé (PIII) et la participation des patients à leurs soins.

En collaboration avec le Centre d'accident vasculaire cérébral de l'HGJ, des professionnels de plusieurs disciplines de l'ensemble du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont collaboré pour améliorer la communication ainsi que revoir et mettre en œuvre les protocoles d'intervention clinique visant à assurer un meilleur continuum de soins.

L'outil de dépistage TOR-BSST a également été mis en place au Centre d'accident vasculaire cérébral pour identifier la dysphagie à un stade précoce et faciliter l'aiguillage vers un spécialiste de même que le traitement de la maladie en temps opportun par un(e) orthophoniste et un(e) diététiste. En outre, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes ont désormais à leur disposition une salle de réadaptation après AVC, qui leur permet d'évaluer et de traiter les patients dans des conditions thérapeutiques optimales.

Ces initiatives interdisciplinaires concertées ont permis de transférer plus rapidement les patients vers les unités d'AVC (réduisant de 24,5 heures à 22,9 heures le temps nécessaire à un transfert ou à un congé du Service de l'urgence), de réduire la durée du séjour des patients à l'hôpital (une diminution globale de 18,5 à 18,0 pour tous les patients) et d'accélérer leur admission à un programme de réadaptation (une baisse de 18,2 jours à 15,7 jours pour les patients atteints de troubles neurologiques, traités en réadaptation fonctionnelle intensive et acheminés à l'Hôpital Richardson, ainsi qu'une baisse de 21 jours à 8,3 jours pour les usagers vivant dans une ressource intermédiaire) et/ou leur retour à la maison (une baisse de 9,4 jours à 9,1 jours pour les usagers qui retournent à la maison). Ces mesures favorisent l'amélioration de la qualité des soins, des résultats thérapeutiques, de la participation des patients et de leur expérience.

		2014-2015		2015-2016	
		Délai	n	Délai	n
Durée moyenne de séjour à l'Urgence (heures)		24.5	283	22.9	320
Délai moyen entre le moment où le patient est prêt et son départ à l'hôpital Richardson (jours)		5.6	63	5.6	48
	Neurologie Geriatrique + Geriatrie	7.8	18	8	10
	Neurology + Neurology ACV	4.7	45	5	38
Durée moyenne de séjours (jours)	Retour à domicile	9.4	92	9.1	135
	CD	18.5	132	19.6	124
	LD	53.4	23	57.4	27
	Ressources non institutionnelles	21	6	8.3	7
	Décès	18.8	40	18.3	37
	Moyenne	18.5	293	18	330
Durée moyenne de séjours (jours) Hôpital Richardson		18.8	63	18.8	48
	Neurologie Geriatrique + Geriatrie	20.1	18	31.9	10
	Neurology + Neurology ACV	18.2	45	15.7	38

Les équipes de restauration et de nutrition clinique ont développé un plan ambitieux sur deux ans pour optimiser les activités concernant l'alimentation et améliorer les services de nutrition clinique dans les neuf sites primaires du réseau.

Le Service ambulatoire de réadaptation pour la clientèle adulte (SARCA) est maintenant offert à l'HGJ aux usagers du territoire de la Montagne par le personnel de Physiothérapie et d'Ergothérapie de l'Hôpital. En plus de faciliter l'accès aux CLSC et aux services de consultations externes, le programme SARCA réduit la durée du séjour des patients hospitalisés nécessitant des soins de courte durée et des services de réadaptation. L'harmonisation de l'offre de services est déjà en cours à l'HGJ, l'Hôpital Richardson, l'Hôpital Catherine-Booth et les CLSC du réseau. Elle a pour but d'intégrer les meilleures pratiques, d'améliorer l'accès aux soins, de réduire la durée des séjours hospitaliers et d'assurer la satisfaction des patients.

3.3.3 Services intégrés de première ligne

La création d'une direction de première ligne a été la base de la mise en place de plusieurs projets, afin d'assurer une meilleure prise en charge en première ligne de la clientèle du réseau, ainsi que pour répondre aux objectifs suivants :

- une meilleure accessibilité aux services;
- une plus grande prise en charge de la population par un médecin de famille;
- une meilleure fluidité de service entre la première et la deuxième ligne;
- le désengorgement des urgences.

Parmi les projets réalisés au cours de l'année, il faut souligner :

- la centralisation et l'uniformisation du GACO (le Guichet d'accès pour la clientèle orpheline) et des accueils centralisés;
- la prise en charge des patients orphelins post-hospitalisation;
- l'implantation de l'accueil clinique – il s'agit d'un meilleur accès aux patients vers les médecins spécialistes;
- la mise en place d'un répertoire de ressources médicales et des services cliniques de première ligne;
- la création et la mise en place d'une Table de coordination médicale, pharmaciens et professionnels;
- l'ouverture de cliniques de spécialistes en CLSC, comme une clinique de gynécologie et de pédopsychiatrie au CLSC de Benny Farm et de Côtes-des-Neiges;
- l'implantation du dossier médical électronique (DMÉ).

Tout ceci a permis, entre autres, d'accroître le taux d'inscription de la population à un médecin de famille, passant de 48 % au 1er avril 2015 à 56,4 % au 31 mars 2016, ce qui représente une majoration de 8,4 %, soit 34 200 personnes.

Également, la division mère-enfants de l'hôpital au continuum de la trajectoire mère-enfants, famille, jeunesse a été intégrée de la première à la troisième ligne, sous un même

gestionnaire. Il s'agit d'un accomplissement novateur qui permettra une meilleure trajectoire pour le suivi de cette clientèle.

Il ne faut pas oublier l'Opération des réfugiés syriens : à titre de centre d'expertise pour la santé et le bien-être des réfugiés et des demandeurs d'asile au Québec, Santé Centre-Ouest Montréal, sous la supervision de la Direction des services intégrés de première ligne, les membres du personnel du réseau ont travaillé sans relâche pendant plus de 12 semaines afin d'accueillir 1 690 réfugiés syriens à la Clinique des réfugiés de Montréal située à l'ancien Hôpital Royal Victoria, et ce, dans le but d'offrir les évaluations de santé physique et psychosociales.

De plus, l'intégration des Syriens a été coordonnée dans leur réseau local de services à travers tous les CIUSSS de l'Île de Montréal.

Enfin, comme institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles, nous avons eu le mandat de développer une approche de prévention à la radicalisation menant à la violence.

3.3.4 Réadaptation et déficience

En juin 2015, l'équipe du Programme AVC de l'**Hôpital Richardson**, ayant satisfait aux normes très élevées d'Agrément Canada, a reçu pour la deuxième fois le prix de distinction – Services aux victimes d'AVC. Cette équipe travaille également en collaboration avec celles de l'Hôpital général juif et du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge à implanter une trajectoire de soins destinés aux adultes qui survivent à un AVC. En outre, l'équipe de l'Hôpital Richardson a mis en œuvre une pratique exemplaire novatrice en offrant des services de dépistage des premiers signes de dépression post-AVC ainsi que des traitements.

L'**Hôpital Catherine-Booth** veille à améliorer la qualité des soins en réorganisant les équipes par spécialité en fonction des pathologies des clients et de leurs besoins en matière de réadaptation. Terminée en janvier 2016, la réorganisation dans les unités de l'Hôpital Catherine-Booth a permis de mettre en place des équipes spécialisées selon la pathologie du patient. Cette mesure a également aidé à renforcer l'expertise au sein des équipes, à optimiser la dotation en personnel clinique et, finalement, à mieux répondre aux besoins des clients. En outre, la solide expertise et le meilleur fonctionnement des équipes auront pour effet de mieux planifier les congés des patients et réduire leurs séjours à l'hôpital.

Le Conseil québécois d'Agrément a décerné son agrément au **Centre de réadaptation Constance-Lethbridge** pour la période d'octobre 2015 à octobre 2020 en reconnaissance de la qualité de ses services.

À ce jour, le **Centre de réadaptation MAB-Mackay** maintient son statut public et privé, bien qu'il cherche à devenir un établissement subventionné par les fonds publics au sein du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Toutefois, le Centre continue de travailler étroitement avec ses partenaires en soins de santé. Ses équipes ont atteint les buts fixés par le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* du ministère de la Santé en ce qui concerne le programme des déficits moteurs pour enfants et adolescents, le programme de réadaptation pour patients atteints de déficience sensorielle et le programme de formation continue et de développement professionnel pour personnes ayant une déficience visuelle ou auditive.

Le **service pour enfants** atteints d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre autistique (TSA) a terminé la deuxième année de son modèle de consultation clinique (un nouveau modèle d'intervention clinique en cinq phases, de 52 semaines). Les parents y reçoivent une formation pour gérer le plan d'intervention de leur enfant en collaboration avec un éducateur. En avril 2015, la Fondation Miriam a inauguré le Centre d'innovation, un centre de diagnostic de la déficience intellectuelle – TSA et du retard global de développement, ce qui a eu pour résultat de réduire le nombre de personnes sur la liste d'attente et le temps d'attente.

Les **Services pour adultes** du **Centre Miriam** ont mis en œuvre quatre *Guides des pratiques exemplaires* — l'Intervention comportementale intensive, les Services pour adolescents, les Services pour adultes et les Services aux clients manifestant de graves problèmes de comportement.

En 2016, l'installation Guimont du Centre Miriam a favorisé activement l'**intégration résidentielle** en introduisant la zoothérapie, la massothérapie et la musicothérapie en complément des interventions cliniques spécialisées offertes à sa clientèle. Les services résidentiels ont également élargi leur projet iPad pour les gestionnaires des ressources résidentielles afin d'améliorer les communications en gérant les données sur leurs clients et en assurant le suivi de leur état de santé.

Le service d'**intégration en emploi** de MADA a créé un nouveau *Plateau de travail*. Ce dépôt communautaire de denrées alimentaires permettra de fournir un emploi à temps plein et à temps partiel à un maximum de 15 personnes atteintes de déficience intellectuelle. Un Programme d'emploi assisté a également été mis au point en partenariat avec le Musée des beaux-arts de Montréal pour créer des possibilités d'emploi pour la clientèle de l'organisme.

3.3.5 Santé mentale et dépendance

Un coordonnateur a été embauché dans le réseau **ACCESS** (Adolescents/jeunes adultes, Contact, Communauté, Engageant, Sans délai et Sans stigmatisation), qui a pour objectif de transformer les services en santé mentale pour les jeunes de 11 à 25 ans. Au cours des cinq années, le projet vise à rendre les services en santé mentale plus accessibles, plus

rapidement, et simplifier la transition des services à l'âge adulte (18 ans). Ce réseau pancanadien de recherche, d'intervention et de démonstration, couvre 12 sites au Canada, dont un est à Parc-Extension.

Les enfants ont également fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre d'un programme de soins de transition novateur et à caractère unique pour enfants de 5 à 12 ans, renvoyés dans la communauté après 6 à 12 mois de traitements hospitaliers intensifs. Comme le système de santé mentale manque souvent de ressources et d'expertise en matière de soins de suivi offerts en anglais, les progrès réalisés durant le traitement peuvent en grande partie être éliminés. Aujourd'hui, ces enfants sont suivis durant six mois par une travailleuse sociale et une puéricultrice pour prévenir leur réadmission, les garder à l'école, empêcher les rechutes et apprendre aux parents à défendre les intérêts de leur enfant. Ce projet a été mis au point à la Division de pédopsychiatrie de l'**Hôpital général juif**.

D'importantes mesures ont également été prises en ce qui concerne la recherche sur la santé mentale des jeunes. En 2015-2016, l'**équipe de recherche ERIT** a publié les premiers résultats obtenus dans le cadre de sa programmation de recherche sur les soins partagés en santé mentale jeunesse (FRSQ 2012-2016). Ces résultats permettent, entre autres, de démontrer l'efficacité des soins partagés, tels que mis de l'avant par le PASM et leur impact significatif sur l'évolution clinique des jeunes suivis. Les résultats ont également permis de démontrer l'impact positif des modalités de formations inter-organisationnelles portées par le réseau sur les professionnels qui travaillent auprès des jeunes et des familles et sur l'arrimage entre les services. Dans le cadre de cette programmation de recherche, une communauté de pratique a été mise sur pied pour favoriser le partage des expertises entre les équipes santé mentale jeunesse de Montréal.

Dans le domaine de la santé mentale pour adultes, l'équipe **SIM CLSC Métro** a passé avec succès sa première évaluation de conformité par le Centre National d'excellence en Santé Mentale avec la mention « haut niveau de conformité au modèle ACT selon les meilleures pratiques en santé mentale. »

Une nouvelle équipe, **SIM-Hôpital Général Juif – Côte-des-Neiges**, a été mise en place en janvier 2016, composé de huit intervenants, dont un pair aidant (*peer support*). L'équipe se conforme aux critères du CNESM et respecte les données probantes.

La nouvelle **équipe SIV** de 9 intervenants (162 places) a aussi été mise en place en juin 2015. Son offre de service a été présentée dans différents milieux, dont dans le cadre des *grands rounds* à l'Hôpital général juif, ainsi qu'au Centre universitaire de santé McGill.

Dans le Service de psychologie de l'Hôpital général juif, le Dr Zeev Rosberger et son équipe ont commencé à mettre en œuvre *l'Initiative concertée d'amélioration de l'expérience des patients et des résultats sur la santé*. Mené en collaboration avec le CUSM et le Centre hospitalier de St. Mary, ce projet permet d'obtenir, à l'aide d'une tablette informatique, de l'information sur la douleur, la fatigue, l'anxiété et la

dépression, signalées par les patients atteints de cancer, afin d'améliorer l'évaluation et la gestion de leurs symptômes.

3.3.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Volet CLSC

L'année 2015-2016, au sein du volet CLSC (Soutien à domicile de la direction SAPA), a été principalement marquée par le début des travaux d'harmonisation des pratiques cliniques afin de desservir de façon cohérente la clientèle.

Ces travaux ont premièrement visé le développement d'une meilleure connaissance des pratiques existantes, par la suite d'identifier les meilleures pratiques, et finalement de créer des plans d'actions qui permettront de mettre en place des structures de plus en plus similaires, mais alliant aussi les particularités de chaque milieu compte tenu des particularités de la population desservie.

Dans un autre ordre d'idées, dans les derniers mois de l'année, on a déployé le nouveau Guichet NSA (niveaux de soins alternatifs) visant à aiguiller la clientèle en fin de soins actifs dans les hôpitaux vers la meilleure ressource pouvant répondre à leur besoin (UTRF, Réadaptation, le domicile).

Finalement, le programme a débuté la mise en place du développement d'un plan d'action visant à l'utilisation des télésoins et la mobilité à domicile toujours dans le but de varier la dispense des soins auprès de la clientèle et ainsi mieux répondre à ses besoins.

Volet hébergement

L'année 2015-2016 fut une année d'intégration pour la direction SAPA. Du côté des soins de longue durée, la création de la *Table clinique des CHSLD du CIUSSS-CO* a permis *d'asseoir ensemble* les gestionnaires des différents sites d'hébergement afin de démarrer les discussions qui permettront l'harmonisation des services offerts aux 1 189 résidents, tout en respectant les valeurs et coutumes de chaque établissement.

De plus, cinq des sept centres d'hébergement ont reçu la visite du MSSS pour l'évaluation du milieu de vie au courant de la dernière année. Les recommandations sont similaires d'un site à l'autre. Les plans d'amélioration élaborés ont permis d'amorcer, ici encore, l'harmonisation des pratiques à travers tous les sites.

Finalement, une des priorités 2015-2016 du volet SAPA-hébergement était d'enrayer la main d'œuvre indépendante (MOI). Plusieurs rencontres avec la direction des ressources humaines ont permis d'éliminer la MOI en coordonnateurs d'activités présents le soir, la nuit et la fin de semaine sur les différents sites d'hébergement. Durant l'année 2016-2017

on se concentrera sur la MOI en soins infirmiers (infirmières et infirmière auxiliaires) et en soins d'assistance (préposés aux bénéficiaires).

3.3.7 Recherche

Chapeautée par le CIUSSS, des travaux de recherche novatrice sont menés à l'Institut Lady Davis de l'Hôpital général juif et dans plusieurs autres sites sous les auspices de l'Université McGill. Les chercheurs se penchent sur certaines des principales préoccupations en matière de santé, notamment le cancer, la maladie d'Alzheimer, l'innocuité des médicaments et la prestation efficace des services de soins de santé.

L'Institut Lady Davis

Parmi les nombreuses réalisations de l'Institut Lady Davis (ILD) en 2015-2016, la plus remarquable est le fait que ses chercheurs ont continué de diriger plusieurs programmes de recherche nationaux qui amélioreront la qualité des soins de santé offerts au sein du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et à l'extérieur du réseau.

Sous la direction du Dr Gerald Batist et du Dr Christoph Borchert (et en partenariat avec Genome BC), le Centre de protéomique de l'Hôpital général juif, basé à l'ILD, fait partie du premier réseau de protéomique pancanadien. Il est aussi l'un des dix membres du Réseau canadien d'innovation génomique. Des technologies novatrices, servant à l'identification des protéines et à l'analyse protéomique quantitative, sont utilisées au Centre de pathologie moléculaire de l'HGJ dans le cas de biopsies tumorales pour déterminer les mécanismes biochimiques à l'origine du cancer de chacun des patients. Cette initiative est un exemple éloquent de l'application de la médecine de précision auprès des patients.

Le Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement, mis sur pied grâce à un financement de 32 M\$ des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et d'autres partenaires, est dirigé par l'un de nos médecins, le Dr Howard Chertkow. Ce réseau national de plus de 350 chercheurs coordonne la recherche sur la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. En raison du vieillissement de la population au Canada, trouver des méthodes d'alléger les souffrances des patients atteints d'Alzheimer et de leur famille revêt un caractère urgent.

Le Dr Samy Suissa dirige le Réseau canadien pour l'étude observationnelle sur les effets des médicaments. Doté d'un financement initial de 17,5 M\$ des IRSC, ce réseau analyse les bases de données des patients pour évaluer l'innocuité des médicaments déjà sur le marché. D'importants et récents résultats, issus du Centre d'épidémiologie clinique de l'ILD, ont indiqué que les médicaments à base d'incrétine, utilisés pour traiter le diabète de type 2, ne sont aucunement associés à un risque accru de cancer du pancréas ou d'insuffisance cardiaque, comme on le soupçonnait auparavant.

Le Réseau canadien sur les essais cliniques et les recherches sur les résultats en matière de thromboembolie veineuse (TEV), codirigé par une hématologue du CIUSSS, la Dre Susan Kahn, est un consortium de bailleurs de fonds publics et privés. Les objectifs de ce réseau comprennent la diminution de la survenue de la TEV, l'amélioration du diagnostic, de la prise en charge thérapeutique, de la sécurité dans l'administration d'anticoagulants et de la qualité de vie des personnes touchées par la TEV, ainsi qu'une meilleure sensibilisation de la population à cette maladie qui se classe au deuxième rang des troubles cardiovasculaires les plus fréquents. Cette recherche aura des répercussions majeures sur la santé publique, car le fardeau de la TEV et de ses complications dépassent les 600 M\$ par année au Canada.

Volets social et communautaire

Le centre affilié universitaire en gérontologie sociale a été renouvelé cette année, ainsi que l'obtention du statut d'Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles octroyé par le ministère de la Santé et des services sociaux.

Dans l'actualisation des deux missions universitaires, nous avons fait preuve de leadership en nous mobilisant rapidement pour répondre à des mandats ministériels afin de développer: 1) une formation pour intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation autour de l'arrivée massive des réfugiés syriens (SHERPA), et 2) une politique-type pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en hébergement au Québec (CREGÉS).

Soulignons aussi plusieurs projets prometteurs qui ont été subventionnés et qui sont pilotés par les membres des équipes de recherche. Par exemple :

- Une étude pancanadienne a été réalisée qui vise l'amélioration des soins palliatifs dans les centres de soins de longue durée, basée sur une approche participative (CREGÉS);
- La tablette électronique (iPad) a été utilisée dans la réadaptation des personnes âgées présentant une déficience visuelle (CRIR);
- Un outil permettant de réduire le taux de transferts évitables aux soins aigus de la clientèle en soins de longue durée a été identifié afin d'améliorer la qualité globale des soins et services offerts aux résidents (Centre gériatrique Donald Berman Maimonides).

Dans le but de mieux connaître les équipes et les activités de recherche effectuées dans notre nouvelle direction, la « Première journée sur la recherche sociale et communautaire » a été instaurée pour réunir plus de 80 chercheurs, praticien-chercheurs et gestionnaires. Cette journée a permis d'identifier certains besoins des programmes cliniques en termes de recherche et d'envisager des collaborations multidisciplinaires entre diverses équipes afin de proposer des réponses novatrices aux situations complexes avec lesquelles nous devons composer dans l'offre de soins et de services adaptés à la clientèle de notre territoire.

3.3.8 Enseignement médical et universitaire

Durant l'exercice 2015-2016, alors que la Direction de l'éducation connaissait une croissance, son mandat — transformer notre CIUSSS en centre d'excellence en matière d'enseignement pour tous les professionnels de la santé — s'est appuyé sur l'engagement envers les enseignants cliniques et la conviction qu'il fallait investir dans ce secteur. C'est ainsi uniquement que les milliers d'étudiants, qui passent par les installations du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, peuvent apprendre à fournir des soins de qualité supérieure axés sur l'usager — un service que veulent les patients, les résidents et les clients, et auxquels ils ont droit.

Pour ce faire, des processus sont en voie d'élaboration afin de rationaliser l'implantation de stages et le placement des étudiants et s'assurer qu'ils respecteront les exigences de formation. Parallèlement, les étudiants seront bien reçus par les superviseurs et par les unités ou les secteurs où ils travailleront.

Autres activités importantes en 2015-2016 :

- La Direction de l'éducation s'emploie à développer des programmes pour soutenir les superviseurs cliniques dans leur rôle d'enseignant. En outre, nous envisageons de fournir des outils pédagogiques spécifiques et de reconnaître le travail additionnel que représente l'enseignement au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- La Direction de l'éducation assure la coordination avec d'autres directions, notamment celle de la recherche, pour préserver les différentes dénominations universitaires qui figurent à la pointe de l'application des connaissances et de la mise en œuvre des pratiques optimales en matière de soins.
- La Direction de l'éducation travaille étroitement avec ses homologues du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et du CUSM, car ces trois organismes partagent un certain nombre d'intérêts en ce qui concerne les nombreux étudiants du domaine de la santé de l'Université McGill qui reçoivent une formation clinique dans ces trois sites.

3.3.9 Ressources informationnelles

Les Ressources informationnelles se sont restructurées pour une gestion unifiée à la suite de la création du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Au total, 32 sites de soins ou de services sont maintenant desservis.

La mise en place du matériel informatique et l'acquisition d'un logiciel de gestion DME (Dossier Médical Informatisé) pour les GMF Herzl et de la Montagne permet maintenant à plusieurs centaines de médecins de famille de gérer les dossiers patients sans dossier papier.

De plus, tous les médecins du réseau peuvent accéder au DSQ comme visualisateur du dossier patient pour les médicaments prescrits et les résultats de tests de radiologie et de laboratoire.

Sur le campus de l'Hôpital général juif, l'infrastructure technologique requise pour le déménagement des 13 salles d'opérations et de toutes les salles d'accouchement a été mise en place, ainsi que de nombreuses unités de soins critiques dans le nouveau Pavillon K qui a ouvert ses portes le 24 janvier 2016.

Enfin, la mise à niveau des infrastructures technologiques a été au centre des préoccupations afin de faciliter le continuum de soins pour les patients entre les services de première, deuxième et troisième ligne. La fin de vie des postes de travail Windows XP et des serveurs Windows 2003 a été un enjeu important pour la continuité des activités cliniques en concordance avec le MSSS.

3.3.10 Services techniques

La plus grande réalisation de la Division des services techniques a été d'assurer, en janvier 2016, le succès de l'inauguration du pavillon K, la nouvelle aile de soins critiques de l'Hôpital général juif. Pour être sûr d'offrir des soins sécuritaires et ininterrompus aux patients transférés de l'ancien bâtiment au pavillon K, toutes les équipes de la Division ont travaillé en étroite collaboration avec de nombreux autres services et unités de l'Hôpital.

Concernant l'exercice 2015-2016, il convient également de noter :

- La formation et la mise en place d'une équipe multi-sites des Services techniques pour subvenir aux besoins des bénéficiaires de soins dans les installations réparties dans tout le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal ;
- la consolidation et uniformisation des pratiques en entretien ménager, en particulier pour des sites où le besoin s'en fait sentir ;
- la réalisation des économies générées par la première année du projet d'éco-énergie (ESE) à l'Hôpital général juif et la reprise complète du projet similaire au site CHSLD juif de Montréal, le tout générant des économies de l'ordre de 450k \$/an;
- la centralisation des activités du groupe de projets et implantation du nouvel outil informatisé de gestion (ERP - phase I). Actuellement dans la phase de migration aux ST, ce système sera ouvert aux autres départements (transformation, IT, Biomed) pour être l'outil de gestion de portefeuille de projets.

Les Services techniques sont déjà à l'œuvre pour les prochains défis tels que :

- la finalisation du portrait immobilier du CIUSSS à la base du plan quinquennal des immobilisations;
- la réorganisation des activités de maintenance via l'implantation totale de l'outil de suivi Octopus;
- la nouvelle stratégie d'alimentation électrique de l'Hôpital général juif.

3.3.11 Achat et Logistique

Le Département de l'Achat et de la Logistique a été créé en avril 2015. En 2015-2016, la section Approvisionnement de l'équipe de la Logistique a réalisé d'importantes économies de 1,2 M\$ en inscrivant plus de produits sur leur contrat et en augmentant la participation du réseau aux ententes d'achats collectives avec Sigma Santé. Ces mesures bénéficient aux usagers de soins de santé puisqu'elles permettent de mieux utiliser les fonds en profitant du volume accru et en se joignant aux autres participants de Sigma Santé. Ce processus a été réalisé sans compromettre la qualité des produits utilisés pour répondre aux besoins de nos usagers.

Durant cette année de croissance, la Logistique a procédé à l'intégration des responsabilités de la salle du courrier ainsi que du réapprovisionnement des chariots d'urgence et des bombonnes d'oxygène. En collaboration avec le Programme de la qualité, la Logistique a rendu le processus de réapprovisionnement en oxygène plus sécuritaire pour les bénéficiaires de soins de santé et le personnel.

La direction de la Logistique a également joué un rôle majeur dans l'inauguration du pavillon K de l'Hôpital général juif. En septembre 2015, les services de l'Entrepôt et du Magasin ont accompli une transition sans heurts vers leur nouvel entrepôt pour permettre au pavillon K d'être entièrement opérationnel et prêt à soutenir les unités de soins infirmiers une fois aménagées dans leurs nouvelles installations, en janvier 2016.

Depuis le déménagement, l'équipe de la Logistique travaille à stabiliser le nouveau programme de chariots d'instruments chirurgicaux stériles essentiel au traitement des patients qui subissent une chirurgie dans le pavillon K. L'équipe se propose d'améliorer ce programme en 2016 afin de réaliser d'importantes économies pour le bloc opératoire en optimisant le niveau de son stock.

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

Dès la création du le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le Dr Lawrence Rosenberg, le président-directeur général, signait une entente de gestion et d'imputabilité avec le ministère de la Santé et des services sociaux.

Le chapitre III de l'entente de l'entente porte sur les attentes spécifiques du MSSS. Il s'agit essentiellement de procéder à la mise en œuvre de différents éléments de la gouvernance et de la gestion du nouveau CIUSSS. De plus, plusieurs modalités d'amélioration de l'offre de services sont aussi précisées. Certains de ces éléments sont documentés dans le tableau des résultats présentés en annexe 3 (veuillez consulter le document pdf « Annexe 3 : Entente_Gestion2015_2016_P13CIUSSS_detail »). Voici des exemples d'attentes spécifiques auxquelles l'équipe du CIUSSS a répondu :

- Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébrale; à cet égard le CIUSSS s'est vu octroyer un agrément avec mention pour ce volet à l'Hôpital Julius Richardson et l'équipe de Neurosciences a reçu une désignation de niveau 2 ;
- Soins palliatifs de fin de vie : nous avons actualisé la Loi 2 ;
- Nous avons coordonné l'accueil santé et services sociaux des réfugiés syriens;
- Nous avons nommé un officier de la sécurité informationnelle et débiter certains activités.

La très grande majorité des cibles de qualité et de performance établies par le MSSS ont été rencontrées. Les résultats obtenus pour l'exercice 2015-2016 sont présentés en annexe.

En résumé, pour la santé publique, le programme SAPA, celui de la déficience, le département d'urgence, le secteur d'hygiène salubrité la grande majorité des cibles prescrites ont été atteintes ou totalement atteintes (santé mentale, gestion des ressources humaines).

Pour les soins palliatifs et de soins de fin de vie, les délais d'attente en chirurgie et en imagerie médicale les résultats ne rencontrent pas les cibles. Pour ces aspects, des plans d'amélioration sont dressés ainsi qu'une phase d'implantation.

D'autres détails figurent à l'Annexe 5, page 132.

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

5.1 L'AGRÉMENT

Au cours de l'exercice financier 2015-2016, l'établissement a fait le bilan des agréments attribués aux composantes du CIUSSS afin de faire les suivis et pérenniser les activités d'amélioration.

Les dernières visites de renouvellement d'agrément des composantes de notre CIUSSS sont réparties entre novembre 2011 et septembre 2015.

Tableau récapitulatif des visites des composantes antérieurement à la création du CIUSSS

Composantes du CIUSSS (de la visite d'agrément la plus datée à la plus récente)	Date de la dernière visite d'agrément	Statut d'agrément
CHSLD juif de Montréal	2011-11-30	agrée avec mention d'honneur
Centre de santé et de services sociaux Cavendish	2011-12-15	agrée
Centre de réadaptation MAB-Mackay	2012-05-31	agrée *
Centre hospitalier gériatrique Maimonides Donald Berman	2012-10-04	agrée avec mention d'honneur
Hôpital général Juif	2012-11-29	agrée avec mention d'honneur
Centre hospitalier Mont-Sinaï	2012-12-06	agrée avec mention d'honneur
Centre de santé et de services sociaux de la Montagne	2013-02-21	agrée avec mention d'honneur
Centre Miriam	2014-10-31	agrée *
Hôpital Julius Richardson	2015-06	agrée avec mention
Centre de réadaptation Constance-Lethbridge	2015-09-23	agrée *

* Le Conseil québécois d'agrément octroie un statut agréé ou non-agréé.

Nous constatons que la culture de la qualité et de la sécurité est déjà bien développée dans toutes les organisations du CIUSSS.

En juin 2015, l'Hôpital Julius-Richardson a été reconnu pour son leadership exceptionnel lors de la visite d'Agrément Canada en se faisant décerner une distinction AVC en réadaptation.

En septembre 2015, le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (CRCL) a reçu le Conseil Québécois d'Agrément pour procéder à la visite d'agrément. Le CRCL a été reconnu pour la qualité de ses services et il s'intègre au présent cycle d'agrément du CIUSSS.

Le CIUSSS a débuté son premier cycle d'agrément avec la préparation pour une visite partielle prévue pour décembre 2016. Depuis, les équipes d'amélioration continue de la qualité ont amorcé leurs rencontres afin d'évaluer leur conformité aux normes d'excellence d'Agrément-Canada. Afin de soutenir cet exercice, des auto-évaluations par les intervenants ont eu lieu avec la participation de 1 287 répondants.

Les visites ministérielles

Le CIUSSS est aussi responsable de la qualité du milieu de vie dans ses CHSLD, ce qui a impliqué qu'il implante les améliorations demandées par le ministère de la Santé et des services sociaux lors des visites ministérielles. Il a également comme nouvelles responsabilités d'accompagner et de soutenir les établissements privés et les résidences privées RI-RTF de son réseau territorial dans la réalisation de leur mandat en matière de qualité et sécurité.

Tableau bilan des visites ministérielles de 2015-2016

CHSLD	Date de la dernière visite	Date prochain suivi	Nombre de recommandations
CHSLD du CIUSSS			
JEC	2014-05-06	2016-05-06	13
Mont-Sinai	2015-06-02	2016-06-02	9
Henri-Bradet	2016-02-23	2016-08-23	14
St-Margaret	2015-10-20	2016-10-20	7
St-Andrew	2015-10-22	2016-10-22	6
Donald Berman Maimonides	2014-11-25	2015-11-25	11
Father-Dowd	2016-01-26	2017-01-26	8
Résidences intermédiaires			
RI-RTF	2015-09-30	2016-09-30	10
Établissements privés du territoire			

Saint-Georges	2015-06-09	2016-06-09	1
Waldorf	2016-04-06	2016-06-17	12

Cinq des CHSLD de notre établissement ont donc été visités au cours de l'exercice 2015-2016.

5.2 LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La mise en place du soutien à la gestion des risques et de la qualité

La qualité et la sécurité des usagers étant une priorité organisationnelle, le CIUSSS s'est donné pour mandat dans sa première année d'assurer de mettre en place des mesures de pérennisation des activités de gestion des risques et de la qualité, et surtout, de se doter d'une équipe pour soutenir l'ensemble des missions. C'est ainsi que sous la DGA-DQEPEA ont été nommées : une coordonnatrice de la qualité, de la gestion des risques, de l'agrément et de l'expérience patient-usager ainsi que quatre chefs de service (deux chefs qualité-gestion des risques, un chef des bénévoles et services spirituels et un chef du bureau de l'expérience-usager et des services de récréologie), avec des conseillères qualité attribuées à chacune des missions. Les équipes interdisciplinaires d'amélioration continue de la qualité (ACQ) sont actives et font le suivi du niveau d'atteinte des objectifs.

Depuis la création du CIUSSS du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal, la déclaration obligatoire des incidents et accidents est documentée dans deux systèmes d'information, SSISS et GesRisk. Les données présentées ci-dessous en sont extraites en date du 10 mai 2016. Ces dernières peuvent faire l'objet d'ajustement en période de clôture d'année.

Tous les événements indésirables déclarés (incidents et accidents) font l'objet d'une évaluation des conséquences causés à l'utilisateur, et ce, en conformité avec le niveau de gravité ci-dessous décrit (*se référer au tableau ci-dessous*).

Objectifs CIUSSS en matière de gestion des risques

1. Augmentation des déclarations et l'amélioration de la qualité des données ainsi que la rapidité de réception des déclarations des rapports AH-223 directe, en ligne, des incidents et accidents autant dans les secteurs avec saisies centralisés comme décentralisés;
2. Promotion de la culture de sécurité;
3. Formation sur la divulgation des accidents et promotion sur la documentation associée à la divulgation;
4. Amélioration de la rapidité avec laquelle les recommandations d'analyse des événements sentinelles sont produites, diffusées et mises en œuvre;

5. Amélioration du suivi des recommandations découlant de l'analyse des événements sentinelles.

La sécurité des soins et des services

Afin de promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents et accidents, l'équipe de la gestion des risques et de la qualité a contribué aux activités suivantes :

- la semaine de la sécurité afin de sensibiliser les équipes de soins et de services ainsi que les usagers, la semaine du 26 octobre 2015;
- des activités de formation et d'orientation des intervenants et des nouveaux employés;
- des séances de formation continue sur la déclaration des incidents et accidents au personnel et aux gestionnaires et des rapports continus et personnalisés avec les conseillères qualité ;
- des visites sont effectuées sur toutes les unités cliniques et les unités de soutien, à la demande et au besoin;
- des publications dans le journal de l'établissement : le 360.

Application des mesures de contrôle des usagers

Le but du comité multidisciplinaire d'ACQ sur l'utilisation des alternatives à la contention physique est de continuer à effectuer des audits à la grandeur de l'hôpital sur l'utilisation des mesures de contention et de former l'ensemble des cliniciens sur l'utilisation adéquate des mesures de contention. La politique, intitulée : « Les alternatives à l'utilisation des mesures de contention physique », a été mise en œuvre en 2001. Au cours des dernières années, l'équipe multidisciplinaire a travaillé à la révision de la politique afin de s'aligner avec les changements apportés par la loi 90.

Des audits réalisés depuis la mise en œuvre de la politique ont systématiquement démontré un taux de prévalence en deçà de la valeur de référence pour les établissements de soins de courte durée.

Deux audits ont été effectués au cours de l'exercice 2015-2016 :

- Le 17 juin 2015, un audit réalisé auprès de 552 patients a indiqué 7 patients avec des contentions physiques (1,27 %).
- Le 10 février 2016, un audit réalisé auprès de 487 patients a indiqué 13 patients avec des contentions physiques (2,67 %).

Compte tenu de l'augmentation du nombre de patients avec des contentions physiques lors du dernier audit, l'objectif est de continuer à effectuer ces audits régulièrement de façon à pouvoir observer la tendance dans les taux obtenus au fil du temps. Les projets à venir de ce comité comprennent l'élaboration d'une brochure de renseignements à l'intention des patients et de leurs proches, un formulaire de consentement spécialement

conçu pour l'utilisation des mesures de contention physique et un formulaire de suivi clinique pour documenter la surveillance et les soins prodigués aux patients mis sous contention physique.

Rapports du coroner à l'HGJ

- Un rapport de coroner à l'HGJ a été déposé au cours de l'exercice financier 2015-2016, soit une diminution par rapport à 2014-2015.
- Dans le secteur hors hôpital, aucun cas coroner n'a été déclaré.

L'expérience patient-usager

Pour les missions communautaires

Au cours de l'exercice financier 2015-2016, l'établissement a fait le bilan des outils d'évaluation de la satisfaction de la clientèle réalisés dans le cadre des dernières démarches de renouvellement d'agrément (soit, pour les composantes du CIUSSS préalablement inscrites dans le programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément ou le programme du Conseil québécois d'agrément).

Tableau récapitulatif des outils de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle réalisés dans le cadre d'une démarche de renouvellement d'agrément

Composante du CIUSSS	Sondage satisfaction de la clientèle réalisé dans le cadre d'une démarche de renouvellement d'agrément	
	Date	# Participants
Centre de réadaptation Constance-Lethbridge	6 au 19 janvier 2015	326 clients
Centre de santé et de services sociaux Cavendish	10 novembre au 17 décembre 2014	Clients en hébergement : de 10 à 24 résidents par site et de 10 à 23 proches par site Clientèle CH et CLSC : 491 clients
Centre Miriam	1 au 23 août 2013	142 clients & 140 proches
Centre de santé et de services sociaux de la Montagne	6 juin au 6 juillet 2012	840 clients
Centre de réadaptation MAB-Mackay	automne 2011	450 clients

L'engagement actuel de notre CIUSSS dans un nouveau cycle d'agrément résulte en un effort concerté de recueillir, dans tous les secteurs d'activités, les outils et modalités en vigueur pour obtenir la perspective et la participation des usagers et documenter les processus révisés et les améliorations réalisées en conséquence (ex. : révision du processus d'accueil/d'évaluation/d'orientation des demandes de services/références pour le simplifier et réduire la redondance dans la collecte de données auprès de l'utilisateur, validation systématique de l'ouverture à ce qu'un proche soit invité lors de l'établissement d'objectifs spécifiques pour l'épisode de soins/services et modification de

sessions de groupe visant l'autogestion d'une condition chronique). Aussi, diverses équipes d'amélioration continue de la qualité ont identifié des modalités à appliquer à court terme afin d'obtenir des données sur l'expérience des usagers et, lorsque possible, de se comparer à d'autres établissements. À titre illustratif, en santé mentale adulte les questionnaires sélectionnés touchent la trajectoire de l'utilisateur et le continuum de soins et services.

Pour les missions hospitalières

L'évaluation de l'expérience-patient portant sur les soins aigus offerts à l'hôpital général juif (HGJ) au sein du CIUSSS Centre-Ouest-De-L'Île-de-Montréal s'est effectué par un sondage administré de façon continue. Depuis plus de 15 ans, l'HGJ mesure et améliore la satisfaction et l'expérience-patient. En juin 2015, l'hôpital a introduit le sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC). Le SEHPC a été créé et validé par le groupe de travail interprovincial sur la satisfaction des patients. Cette initiative est une collaboration entre l'Institut canadien d'information pour la santé (ICIS), l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et Agrément Canada.

Bureau de l'expérience-usager (patient-résident-client)

La planification stratégique du CIUSSS s'appuie sur la vision d'offrir une expérience patient-usager exceptionnelle. Le comité de l'expérience patient devient en cette fin d'année un comité du CA afin d'unir sous un même parapluie toutes les initiatives CIUSSS d'amélioration de l'expérience et d'en assurer une meilleure cohérence. De plus, un patient partenaire sénior et notre chef de l'expérience patient-usager coprésident le comité de patients partenaires s'y rapportant. La représentation des membres s'enrichit de 12 nouveaux patients partenaires qui furent déjà impliqués, entre autres, dans l'évaluation des programmes cliniques, l'amélioration de la signalisation à l'HGJ, etc. Les patients partenaires et représentants communautaires font partie intégrante de nos modes d'intervention depuis plus de 15 ans avec nos équipes et du comité de gestion des risques.

Bénévoles

Depuis des années, les services de bénévoles de tous les établissements du CIUSSS se distinguent par la qualité de leur soutien et par le nombre considérable de leurs membres. L'esprit bénévole est tout à fait remarquable. Collectivement, ces personnes constituent la force motrice des changements positifs et des améliorations apportées à la qualité des soins dans nos établissements et dans l'ensemble de la société. La volonté de donner de son temps continue d'augmenter, et les bénévoles jouent un rôle actif dans un nombre croissant de domaines. En plus de s'impliquer dans des projets au sein de leur établissement, ces personnes contribuent à améliorer le travail mené dans presque chaque division, clinique et service de notre CIUSSS.

Environ 2 200 bénévoles travaillent activement au sein de notre CIUSSS, et de ce nombre, plus de 1 000 d'entre eux offrent leurs services à l'Hôpital général juif. Collectivement, il s'agit du plus grand organisme de bénévolat à Montréal. Ces femmes et ces hommes dévoués — de tous les âges et issus de différents milieux culturel, ethniques et religieux — consacrent tous les ans des milliers d'heures aux bénéficiaires de soins de santé de leur établissement. L'affectation des bénévoles se fait dans l'ensemble de l'établissement, et les services fournis sont presque qu'aussi nombreux et variés que les bénévoles eux-mêmes.

5.3 LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT

Cette partie concerne tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001).

- Nombre de mises en garde préventive ou provisoire : 932
- Nombre de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil : 234
- Nombre de demandes de mises sous garde présentées au tribunal : 237
- Nombre d'usagers différents visés par une mise sous garde préventive, provisoire ou autorisée : 217

5.4 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Soumis par

Rosemary Steinberg, Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Dr Paul Warshawsky, médecin examinateur

Durant l'exercice 2015-2016, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a connu sa première année d'exploitation à la suite de l'entrée en vigueur du projet de loi 10, le 1^{er} avril 2015.

Cette année a été placée sous le signe du changement et de l'adaptation. Le Bureau des plaintes a eu comme priorité d'assurer l'accessibilité et la cohérence en matière de gestion des plaintes dans tous les sites du réseau. Cette cohérence s'appuyait sur les définitions établies pour l'enregistrement des plaintes, les demandes d'assistance et les interventions, ainsi que sur la définition de la nature de plaintes figurant dans la banque de données statistiques de la province - le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

Avant de présenter les statistiques, il est important de signaler que les efforts indiqués ci-dessus ont eu une incidence sur les résultats, car des changements ont été apportés à la

définition de certaines activités. Par exemple, les efforts réfléchis du Bureau ont permis d'accroître le nombre de demandes d'assistances et réduire le nombre de plaintes.

L'avantage de cette approche est considérable. Nous employons le terme *Assistance* pour signifier que nous intervenons rapidement et directement pour aider les patients à remédier au motif de leur insatisfaction ou à obtenir un service difficilement accessible. Pour ce faire, nous communiquons avec nos collègues et gestionnaires ainsi qu'avec le personnel ou une autre personne pour trouver la solution la plus directe et la plus efficace.

Cette approche a pour but d'établir des partenariats au sein du système, de créer une compréhension mutuelle des rôles et de promouvoir à un stade précoce des solutions dans des situations analogues. Finalement, elle prévient d'autres plaintes, mais surtout, elle offre aux usagers une solution plus rapide à leur problème que le processus de plaintes. En outre, elle renforce la confiance que les patients accordent à leur établissement de soins de santé, elle leur donne le sentiment d'être soutenu et d'être en contrôle tout en améliorant leur expérience. Grâce à la création du réseau, cette approche permet de franchir le seuil de l'établissement en identifiant et, parfois, en créant des trajectoires inter-établissements plus efficaces pour l'utilisateur.

Bref, avec la création du Bureau des plaintes et le regroupement d'un nombre réduit de commissaires dans un seul bureau, nous avons mis en place un système qui fournit une atmosphère de collégialité et de soutien aux commissaires, auparavant isolés. Le fait de pouvoir partager leurs préoccupations concernant certaines situations et de tirer parti de l'expérience et de l'expertise de leurs collègues conduit inévitablement à un processus plus efficient et plus efficace pour les usagers.

Statistiques

	Plaintes	Assistances	Interventions	Consultations
2015-2016	334	1 213 (961 ré : services)	7	30
2014-2015	573	1 054	25	29

Répartition des plaintes déclarées par mission d'établissement

	CHSGS (HGJ)	CHSLD	CLSC	CR
2015-2016	256	33	36	5 TED (intellectuel) 4 DP (physique)
2014-2015	398	55	96	4 CRD 7 TED 12 DP

Motifs des plaintes

Qualité des soins	32 %
Relations interpersonnelles	27 %
Accessibilité	19, 5%
Environnement physique	8, 5%
Aspect financier	6,5 %
Droits des personnes	6,5 %

Mesures

Le processus de plaintes offre deux types de mesures correctives, les unes individuelles et les autres systémiques. Au total, 78 des 334 plaintes ont conduit à l'établissement de mesures. De ces mesures, 84 % étaient individuelles, incluant notamment le remboursement de frais contestés, l'obtention d'un service, la médiation avec un membre du personnel ou avec l'équipe, l'encadrement d'un employé ou l'examen et la révision d'un plan de soins. Ce dernier point est celui qui a le plus fréquemment nécessité le recours à une mesure individuelle (46 %).

Quant aux mesures systémiques, elles comportaient, entre autres, l'amélioration de l'accessibilité pour les personnes handicapées, la mise à jour de politiques et de procédures ainsi que la révision de l'admissibilité des usagers à certains programmes, incluant la confirmation des gestionnaires pour que les usagers admissibles aient accès à ces programmes. Dans chacune de ces situations, des mesures ont été appliquées, et les plaignants, informés.

D'autres détails figurent à l'Annexe 4, page 122.

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

Grâce à l'apport d'un comité interdisciplinaire, la loi 2 a pu être mise en œuvre dans les délais requis. Le tableau qui suit présente le portrait des différentes activités inhérentes à cette loi.

Données pour l'ensemble du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal Exercice 2015-2016

Activité	Centre hospitalier	CHSLD	À domicile	Total
Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile			589	589
Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	32			32
Nombre de sédations palliatives continues administrées	4			4
Nombre de demande d'aide médicale à mourir formulées	3			
Nombre d'aides médicales à mourir administrées			1	1
Nombre d'aides médicale à mourir non administrées et les motifs	2 *			

* Pour les deux cas, la condition « d'être en fin de vie » n'était pas rencontrée

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

L'adoption de la loi 10 a constitué un défi majeur pour la direction des Ressources humaines : abolition des postes d'encadrement, la dotation des postes cadres en fonction du nouvel organigramme, la gestion des relations de travail avec des dizaines d'accréditation syndicales, et plusieurs systèmes d'information non reliés.

7.2 LA GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

La cible d'effectifs (niveau annuel des heures rémunérées à respecter) pour le CIUSSS CODIM a été respectée.

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

		Comparaison de 2014-2015 à 2015-2016				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	745,422	1,307	746,729	404	483
	2015-16	690,631	1,546	692,177	374	454
	Variation	(7,4%)	18,3%	(7,3%)	(7,3%)	(6,0%)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1,679,095	6,969	1,686,064	929	1304
	2015-16	1,697,539	6,461	1,704,000	939	1286
	Variation	1,1%	(7,3%)	1,1%	1,1%	(1,4%)
3 - Personnel infirmier	2014-15	3,773,676	116,263	3,889,938	2,008	2,859
	2015-16	3,768,884	117,629	3,886,513	2,006	2,775
	Variation	(0,1%)	1,2%	(0,1%)	(0,1%)	(2,9%)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	5,691,260	70,794	5,762,055	3,121	4,103
	2015-16	5,595,615	77,235	5,672,850	3,067	4,018
	Variation	(1,7%)	9,1%	(1,5%)	(1,7%)	(2,1%)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1,219,846	13,123	1,232,968	619	942
	2015-16	1,198,365	14,720	1,213,085	608	916
	Variation	(1,8%)	12,2%	(1,6%)	(1,8%)	(2,8%)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	8,167	1	8,168	4	37
	2015-16	6,701	5	6,706	4	19
	Variation	(18,0%)	400,0%	(17,9%)	(15,6%)	(48,6%)
Total du personnel	2014-15	13,117,467	208,456	13,325,923	7,085	9,530
	2015-16	12,957,735	217,595	13,175,330	6,999	9,327
	Variation	(1,2%)	4,4%	(1,1%)	(1,2%)	(2,1%)

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 LES ÉTATS FINANCIERS

8.1.1 Rapport de la direction

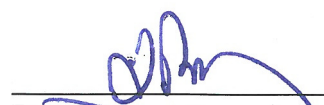
Les états financiers du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées 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 CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandaté pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.


Dr Lawrence Rosenberg, M.D., Ph.D.
Président-directeur général
Carrie Bogante, CPA, CA
Directrice des finances

8.1.2 Rapport de l'auditeur indépendant



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

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 2016 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 CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2016 (voir ci-dessous).

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

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 CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 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

Membre de Grant Thornton International Ltd

comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2016. 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 2016 et 2015 n'ont pas été 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 CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

De plus, le rapport de l'auditeur sur les états financiers audités comporte un paragraphe d'autre point indiquant que, sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur le fait que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes interétablissements, des chiffres présentés dans les états financiers audités de chacun des établissements existant avant la création du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et à partir desquels a été créé le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Nous n'avons pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

Raymond Cholet Grant Thornton S.E. N.C. R. L. ¹

Montréal
Le 30 juin 2016

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A117472

8.1.3 Résultats financiers

i. État des résultats

Nom de l'établissement		Code		Page / Idn.	
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal		1104-5176		200-00 /	
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2016 - 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 MSSS (Fi:P408)	1	661 104 489	634 168 020	30 194 827	664 362 847
Subventions Gouvernement du Canada (Fi:P294)	2	18 033 921	11 557 305		11 557 305
Contributions des usagers	3	39 201 879	41 039 505	XXXX	41 039 505
Ventes de services et recouvrements	4	10 093 324	7 854 868	XXXX	7 854 868
Donations (Fi:P294)	5	11 121 738	101 687	8 491 579	8 593 266
Revenus de placement (Fi:P302)	6	1 465 842	1 370 568	77 971	1 448 539
Revenus de type commercial	7	4 751 780	4 530 847		4 530 847
Gain sur disposition (Fi:P302)	8	248 318	7 817		7 817
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (Fi:P302)	11	81 962 382	75 284 423	1 743 523	77 027 946
TOTAL (L.01 à L.11)	12	827 983 673	775 915 040	40 507 900	816 422 940
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	526 356 660	527 168 200	XXXX	527 168 200
Médicaments	14	25 702 959	24 311 824	XXXX	24 311 824
Produits sanguins	15	14 247 904	12 830 989	XXXX	12 830 989
Fournitures médicales et chirurgicales	16	34 486 559	34 451 247	XXXX	34 451 247
Denrées alimentaires	17	7 454 089	7 751 419	XXXX	7 751 419
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	25 142 658	24 480 859	XXXX	24 480 859
Frais financiers (Fi:P325)	19	13 651 520	658 791	12 471 494	13 130 285
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	10 937 723	13 125 891	168 736	13 294 627
Créances douteuses	21	66 478	3 106 494	XXXX	3 106 494
Loyers	22	13 195 359	13 729 468	XXXX	13 729 468
Amortissement des immobilisations (Fi:P422)	23	33 826 266	XXXX	26 761 853	26 761 853
Perte sur disposition d'immobilisations (Fi:P420, 421)	24		XXXX		38 628
Dépenses de transfert	25		4 019 776	XXXX	4 019 776
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (Fi:P325)	27	128 272 366	114 988 181	85 533	115 073 714
TOTAL (L.13 à L.27)	28	833 340 541	780 623 139	39 487 616	820 110 755
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)					
	29	(5 356 868)	(4 708 099)	1 020 284	(3 687 815)
					(126 454)

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

ii. État des surplus (déficits) cumulés

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'île-de-Montréal

1104-5176

202-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2016 - 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	(64 123 409)	6 998 776	(57 124 633)	(56 998 179)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3	(4 628 269)	92 240	(4 536 029)	XXXX	21
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(68 751 678)	7 091 016	(61 660 662)	(56 998 179)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(4 708 099)	1 020 284	(3 687 815)	(126 454)	
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	(73 459 777)	8 111 300	(65 348 477)	(57 124 633)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	1 268 225		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(66 616 702)	(57 124 633)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(65 348 477)	(57 124 633)	

Notes

21

iii. État de la situation financière

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.			
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5176	204-00 /			
Tous les fonds	exercice terminé le 31 mars 2016 - 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	29 526 153	9 500 095	39 026 248	30 008 503
Placements temporaires	2	467 115		467 115	4 125 933
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	41 271 219	3 947 758	45 218 977	53 994 187
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	19 861 961	2 613 701	22 475 662	17 713 483
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	1 118 325	(1 118 325)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	46 066 963	(20 572 059)	25 494 904	28 596 094
Placements de portefeuille	8	30 839 502		30 839 502	28 195 171
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	1 566 240	1 566 240	77 501
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	1 455 117	1 344 225	2 799 342	6 108 930
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	170,606 355	(2 718 365)	167 887 990	168 819 802
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	51 600 000	79 412 871	131 012 871	219 081 775
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	78 412 028	16 746 327	95 158 355	90 684 594
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX	4 617 647	4 617 647	23 819 972
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	54 253	3 927 336	3 981 589	3 800 592
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	64 574 051	119 420 094	183 994 145	131 205 339
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	546 084 892	546 084 892	416 198 569
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX			315 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	59 245 599	XXXX	59 245 599	57 666 931
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	274 254	329 124	603 378	19 744 712
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	254 160 185	770 538 291	1 024 698 476	962 517 484
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(83 553 830)	(773 256 656)	(856 810 486)	(793 697 682)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	781 367 956	781 367 956	726 614 960
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	7 230 695	XXXX	7 230 695	7 260 417
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	2 863 358		2 863 358	2 697 672
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	10 094 053	781 367 956	791 462 009	736 573 049
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(73 459 777)	8 111 300	(65 348 477)	(57 124 633)
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					

iv. État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

Nom de l'établissement		Code		Page / Idn.		
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'île-de-Montréal		1104-5176		206-00 /		
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE				
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	(74 081 496)	(719 616 186)	(793 697 682)	(699 586 397)	
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3	(4 628 629)	92 240	(4 536 389)	XXXX	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(78 710 125)	(719 523 946)	(798 234 071)	(699 586 397)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(5 356 868)	(4 708 099)	1 020 284	(3 687 815)	(126 454)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(125 141 872)	XXXX	(81 809 950)	(81 809 950)	(128 640 013)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	33 826 266	XXXX	26 761 853	26 761 853	34 438 984
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			38 628
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX	295 461	295 461	
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(91 315 606)	XXXX	(54 752 636)	(54 752 636)	(94 162 401)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(1 151 720)	(7 230 695)	XXXX	(7 230 695)	(871 161)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(1 151 966)	(2 863 358)		(2 863 358)	(234 747)
Utilisation de stocks de fournitures	17	1 338 788	7 260 417	XXXX	7 260 417	966 107
Utilisation de frais payés d'avance	18	1 217 651	2 697 672		2 697 672	317 371
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	252 753	(135 964)		(135 964)	177 570
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(96 419 721)	(4 844 063)	(53 732 352)	(58 576 415)	(94 111 285)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(96 419 721)	(83 554 188)	(773 256 298)	(856 810 486)	(793 697 682)

v. État des flux de trésorerie

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal 1104-5176 208-00 /
 Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(3 687 815)	(126 454)	
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	(135 964)	177 570	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		38 628	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		182 258	
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7	(8 909 401)	(204 579)	
Amortissement des immobilisations	8	26 761 853	34 438 984	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	350 210	15 487	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		3 919 369	
Subventions MSSS	12	(34 857 901)	(545 269)	
Autres (préciser P297)	13	11 060	(18 610)	22
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	(16 780 143)	38 003 836	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	21 571 273	(5 840 406)	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	1 103 315	32 036 976	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(93 400 730)	(128 640 010)	
Produits de disposition d'immobilisations	18			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(93 400 730)	(128 640 010)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20	(150 000)	11 259	
Placements de portefeuille effectués	21	(8 307 582)	(12 794 712)	
Produits de disposition de placements de portefeuille	22	5 652 191	14 989 455	
Placements de portefeuille réalisés	23			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	(2 805 391)	2 206 002	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	149 366 252	20 645 365	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2		(21 600 511)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	(29 537 675)	(397 760)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	90 747 443	109 762 872	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(148 183 943)	(3 983 740)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8	37 919 656		23
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	100 311 733	104 426 226	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	5 208 927	10 029 194	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	33 884 436	23 855 242	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	39 093 363	33 884 436	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	39 026 248	30 008 503	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14	67 115	3 875 933	
TOTAL (L.13 + L.14)	15	39 093 363	33 884 436	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	8 775 210	14 048 364	
Autres débiteurs	2	(3 787 098)	(390 030)	
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	87 635	251 734	
Frais reportés liés aux dettes	4	(809 277)	(854)	
Autres éléments d'actifs	5	3 309 588	(2 134 720)	
Créditeurs - MSSS	6		1 006 355	
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	16 376 328	(21 852 300)	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	8	(2 935 199)	434 784	
Intérêts courus à payer	9	180 997	1 014 288	
Revenus reportés	10		(1 657 367)	
Passif au titre des sites contaminés	11	(315 000)		
Passif au titre des avantages sociaux futurs	12	1 578 668	(671 954)	
Autres éléments de passifs	13	(890 579)	4 111 294	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	21 571 273	(5 840 406)	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	15 272 715	27 250 836	
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 (préciser P297)	17			
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	18	678 053	643 980	
Intérêts encaissés (revenus)	19	680 543	620 095	
Intérêts débiteurs (dépendances)	20	13 130 285	12 500 489	
Intérêts déboursés (dépendances)	21	1 720 379	1 711 493	

vi. État des résultats – Activités principales et accessoires

Nom de l'établissement		Code		Page / Idn.		
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'île-de-Montréal		1104-5176		358-00 /		
Fonds d'exploitation		exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE				
ÉTAT DES RÉSULTATS						
		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	627 777 614	632 669 582	1 498 438	634 168 020	630 414 927
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	18 033 921		11 557 305	11 557 305	18 075 267
Contributions des usagers (P301)	3	39 201 879	41 039 505	XXXX	41 039 505	41 162 335
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	10 093 324	7 854 868	XXXX	7 854 868	8 330 378
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	18 000	101 687		101 687	151 769
Revenus de placement (P302)	6	1 360 470	251 850	1 118 718	1 370 568	1 417 931
Revenus de type commercial (P351)	7	4 751 780	XXXX	4 530 847	4 530 847	4 619 041
Gain sur disposition (P302)	8	248 318		7 817	7 817	248 318
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	80 858 872	4 432 460	70 851 963	75 284 423	81 849 522
TOTAL (L.01 à L.11)	12	782 344 178	686 349 952	89 565 088	775 915 040	786 269 488
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	526 356 660	476 884 663	50 283 537	527 168 200	520 872 397
Médicaments (P750)	14	25 702 959	24 311 824	XXXX	24 311 824	27 037 679
Produits sanguins	15	14 247 904	12 830 989	XXXX	12 830 989	13 674 861
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	34 486 559	34 451 247	XXXX	34 451 247	35 524 552
Denrées alimentaires	17	7 454 089	7 751 419	XXXX	7 751 419	7 518 692
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	25 142 658	24 480 859	XXXX	24 480 859	23 907 591
Frais financiers (P325)	19	1 600 000	658 791	XXXX	658 791	1 655 414
Entretien et réparations (P325)	20	10 711 931	13 125 891		13 125 891	10 708 748
Créances douteuses (C2:P301)	21	66 478	3 106 494		3 106 494	3 203 041
Loyers	22	13 195 359	13 729 468		13 729 468	13 155 853
Dépenses de transfert (P325)	23		4 019 776		4 019 776	
Autres charges (P325)	24	128 089 867	75 712 723	39 275 458	114 988 181	128 457 904
TOTAL (L.13 à L.24)	25	787 054 464	691 064 144	89 558 995	780 623 139	785 716 732
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(4 710 286)	(4 714 192)	6 093	(4 708 099)	552 756

viii. Notes aux états financiers

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5176	270-00 /

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1. - Constitution et mission

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

L'établissement est issu de la fusion de l'Hôpital général juif, du CSSS de la Montagne, du CSSS Cavendish, du CHSLD juif de Montréal, du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, du Centre gériatrique Maimonides Donald Berman, du Centre hospitalier Mont-Sinai et de l'Hôpital Catherine-Booth, à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2), le 1er avril 2015. Il jouit de tous leurs droits, a acquis tous leurs biens, assume toutes leurs obligations et poursuit toutes leurs procédures sans reprise d'instance. Par conséquent, tous leurs actifs et passifs, ainsi que tous leurs droits et obligations qui s'y rattachaient, ont été regroupés à leur valeur comptable dans les présents états financiers. Les données comparatives au 31 mars 2015 représentent le cumul de leurs activités, après élimination des opérations entre les entités fusionnées. Même si la présentation des données comparatives n'est pas requise lors d'une fusion d'entités, celles-ci ont néanmoins été présentées à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception de celles des pages 650, 660, 320 et 351 du rapport financier annuel AS-471. Cependant, elles n'ont pas été auditées.

Le siège social du centre est situé à Montréal. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de Montréal.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

Note 2. - Principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Le présent rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et prescrites par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Conséquemment :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise d'infrastructure (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada, Normes comptables canadiennes pour le secteur public;

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier AS-471 exige que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et charges de l'exercice ainsi que sur la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers. Les résultats réels peuvent différer de ces estimations.

État des gains et pertes de réévaluation

Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2016.1.0

Révisée: 2009-2010

Timbre valideur: 2016-06-15 12:00:08

Rapport V 1.0

et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même Loi. Néanmoins, l'établissement considère que la juste valeur de ses instruments financiers se rapproche du coût. La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable et méthode de consolidation

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie

La description des biens détenus en fiducie gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et lorsque l'établissement bénéficiaire a respecté tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont satisfaites.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts (RLRQ chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées à titre de revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé, si celle-ci prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des

organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Instruments financiers

Les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués à la juste valeur.

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des instruments financiers dérivés.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalent de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse et les placements temporaires de moins de trois mois.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

Passif au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés.

- Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'aide de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier

des trois dernières années. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

- Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2016 et des taux horaires prévus en 2016-2017. Elles ne sont pas actualisées. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

- Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 selon les taux horaires prévus en 2016-2017. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Les principales hypothèses utilisées sont les suivantes :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie – année courante et aux vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	1 %
Inflation	0 %	1 %
Accumulation des congés de vacances et de maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

- Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

- Droit parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2016 et la rémunération versée pour l'exercice 2016-2017, laquelle est répliquée pour le

reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisé	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'exercice financier pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stocks de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le

cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Prêts interfonds

Les prêts entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations. Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires. L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement fournit, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et

accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services fournis par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

Note 3. - Maintien de l'équilibre budgétaire

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

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2016, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Note 4. - Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) des pages 200 et 206 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 23 juin 2015

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier de façon importante au cours de l'exercice le budget adopté initialement.

	Budget initial	Modification	Budget final
Subventions MSSS	661 104 489 \$	4 001 491 \$	665 105 980\$
Sub. Gouvernement du Canada	18 033 921 \$	(6 476 616 \$)	11 557 305\$
Donations	11 121 738 \$	(2 528 472 \$)	8 593 266\$
Autres revenus	88 180 004 \$	(5 178 002 \$)	83 002 002\$

Note 5. - Instruments financiers

L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas présenté.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que les normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux d'intérêt effectif n'a pas d'impact important sur les résultats des activités et sur la situation financière.

Note 6. - Placements temporaires

La nature des placements temporaires, le coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectif moyens pondérés ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 7. - Autres débiteurs

La nature des autres débiteurs est précisée à la page 630-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 8. - Placements de portefeuille

La nature des placements de portefeuille, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, la valeur à la cote, les dates d'échéance, les taux de rendement effectif minimum et maximum, les provisions pour moins-values et l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632-00 à 632-02 du rapport financier annuel AS-471.

Note 9. - Autres éléments d'actifs

La nature des autres éléments d'actifs est précisée aux pages 360-00 et 400-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 10. - Emprunts temporaires

La nature des emprunts temporaires contractés auprès de parties apparentées, y compris le taux d'intérêt moyen pondéré sont présentés à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également des emprunts conclus avec des parties apparentées dont les principales conditions sont une marge de crédit au taux préférentiel.

Note 11. - Autres créditeurs

La nature des autres créditeurs est précisée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 12. - Dettes à long terme

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme (B29) contracté auprès du Fonds de financement en 2013, d'une valeur nominale de 24 739 277 \$, taux effectif de 4.307 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 989 571 \$, échéant en 2038	22 760 135 \$	23 749 706 \$
Billet à terme (B30) contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 36 413 810 \$, taux effectif de 2.3352 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 1 809 222 \$, échéant en 2018	32 795 367 \$	34 604 589 \$
Billet à terme (B31) contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 189 314 050 \$, taux effectif de 2.0546 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 7 575 562 \$, échéant en 2018	174 168 926 \$	181 741 488 \$
Billet à terme (B32) contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 940 471 \$, taux effectif de 2.682 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 134 353 \$, échéant en 2021	671 765 \$	806 118 \$
Billet à terme (B33) contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 3 319 193 \$, taux effectif de 2.141 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 276 599 \$, échéant en 2020	3 042 594 \$	3 319 193 \$
Billet à terme (B34) contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 16 441 353 \$, taux effectif de 3.058 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 657 654 \$, échéant en 2024	15 783 699 \$	16 441 353 \$
Billet à terme (B35) contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 115 869 026 \$, taux effectif de 1.577 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 4 634 761 \$, échéant en 2020	115 869 026 \$	0
Billet à terme (B36) contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 15 404 996 \$, taux effectif de 2.018 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 855 833 \$, échéant en 2022	15 404 996 \$	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 039 604 \$, taux effectif de 2.444 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 272 308 \$, échéant en 2021	1 675 211 \$	1 947 519 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 125 607 844 \$, taux moyen pondéré de 3.33 % ou variant de 1.72 % à 4.99 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables mensuellement par versements annuels variant de 64 159 \$ à 1 269 715 \$, échéant entre 2016 et 2034	81 499 694 \$	102 601 930 \$
Billets à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 17 533 869 \$, taux effectif entre 1.577% et 2.018% garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels variant de 59 446 \$ à 719 314 \$, échéant entre 2020 et 2022	17 533 869 \$	0
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 12 728 871 \$, taux variant de 2.076 % à 6.056 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels variant de 190 800 \$ à 334 758 \$, échéant entre 2017 et 2028	9 244 201 \$	9 769 759 \$
Billets à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 145 384 \$ et 393 792 \$, au taux effectif de 2.944 % et 2.558 % respectivement, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels variant de 45 815 \$ à 56 256\$, échéant en 2024 et 2022.	1 437 105 \$	1 539 176 \$
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 2 029 200 \$, taux moyen pondéré de 2.942 % ou variant de 2.122 % à 2.594 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels variant de 41 045 \$ à 51 675 \$, échéant entre 2017 et 2018	1 936 480 \$	2 029 200 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 8 121 220 \$, taux effectif de 1,577 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 362 451 \$, échéant en 2020	8 121 220 \$	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2013, d'une valeur nominale de 1 207 808 \$, taux effectif 4.307 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 48 312 \$, échéant en 2018	1 111 184 \$	1 159 496 \$
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 5 737 842 \$, à un taux garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 229 514 \$, échéant en 2017	4 819 788 \$	5 049 302 \$

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 1 767 291 \$, à un taux garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 70 691 \$, échéant en 2018	1 555 216 \$	1 625 908 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 220 698 \$, taux effectif de 2,1372%, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 48 828 \$, échéant en 2018	1 123 042 \$	1 171 870 \$
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 2 789 958 \$, taux effectif de 4,257%, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 111 598\$, échéant en 2021	2 231 967 \$	2 343 565 \$
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 763 389 \$, taux effectif de 3,418 %, , garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 40 178 \$, échéant en 2017	602 675 \$	642 854 \$
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 8 385 801 \$, taux effectif de 2,472 %, , garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 715 592 \$, échéant en 2017	5 523 433 \$	6 239 025 \$
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 1 042 343 \$, taux effectif de 2,122 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 41 694 \$, échéant en 2018	917 262 \$	958 956 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 6 087 179 \$, taux effectif de 1,577%, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 261 289 \$, échéant en 2020	6 087 179 \$	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 137 786 \$, taux effectif de 2,1224%, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 85 511 \$, échéant en 2018	1 966 763 \$	2 052 275 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 1 435 878 \$, taux effectif de 2,018%, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 57 435 \$, échéant en 2022	1 435 879 \$	0

	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec en 2001, pour un montant total de 7 348 800 \$, à un taux effectif de 6.905 %, , garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 293 952 \$, échéant en 2026	3 233 472 \$	3 527 424 \$
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec en 2010, pour un montant total de 2 748 162 \$, à un taux effectif de 5.09 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 109 926 \$, échéant en 2034	2 198 529 \$	2 308 456 \$
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec en 2011, pour un montant total de 1 500 922 \$, à un taux effectif de 2.472 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 60 036 \$, échéant en 2017	1 260 775 \$	1 320 811 \$
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec en 2013, pour un montant total de 2 054 116 \$, à un taux effectif de 1.942 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 116 849 \$, échéant en 2018	1 703 567 \$	1 820 416 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement, au taux effectif de 2.0816 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 75 016 \$, échéant en 2032	1 471 976 \$	1 546 991 \$
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec taux de 3.594 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 51 916 \$, échéant en 2017	1 038 329 \$	1 090 246 \$
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels de 190 665 \$, échéant en 2015	0	3 916 985 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, au taux effectif de 2.1372 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 89 459 \$, échéant en 2018	1 814 169 \$	1 903 628 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, au taux effectif de 2.018 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 203 428 \$, échéant en 2022	4 045 398 \$	0
Fonds d'amortissement	0	0
Total	546 084 892 \$	416 198 568 \$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2016, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	\$
2016-2017	51 911 875 \$
2017-2018	60 417 211 \$
2018-2019	220 001 646 \$
2019-2020	15 643 344 \$
2020-2021	128 541 996 \$
2021-2022 et subséquents	69 568 840 \$
Total	546 084 892 \$

Note 13. - Autres éléments de passifs

La nature des autres éléments de passifs est précisée aux pages 361-00 et 401-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 14. - Immobilisations corporelles

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, les immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé, la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux pages 420-00 à 423-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 15. - Affectations

La nature des affectations d'origines interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289-00 et 289-01 du rapport financier annuel AS-471.

Note 16. - Informations relatives à l'état des flux de trésorerie

Les informations relatives à l'état des flux de trésorerie sont présentées aux pages 208-01 et 208-02 du rapport financier AS-471.

Note 17. - Gestion des risques associés aux instruments financiers

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

L'établissement est exposé au risque de crédit relativement aux actifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière. L'établissement a déterminé que les actifs financiers l'exposant davantage au risque de crédit sont les autres débiteurs, les débiteurs – MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille, étant donné que le manquement d'une de ces parties à ses obligations pourrait entraîner des pertes financières importantes pour l'établissement. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs

financiers à l'état de la situation financière.

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	39 026 248 \$	30 008 503 \$
Placements temporaires	467 115 \$	4 125 933 \$
Débiteurs MSSS	45 218 977 \$	53 994 187 \$
Autres débiteurs	22 475 662 \$	17 789 037 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	25 494 904 \$	28 596 094 \$
Placements de portefeuille	30 839 503 \$	28 195 171 \$
Total	160 522 409 \$	161 327 758 \$

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir – réforme comptable est faible, puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 180 jours suivant la fin de l'exercice.

Le risque de crédit associé aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de :

- Établissements publics
- Contribution des usagers
- Gouvernement
- Divers

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de recouvrement. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, sur l'historique de paiement, sur la situation financière du débiteur et sur l'antériorité de la créance. Au 31 mars 2016, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 25% du montant total recouvrable (27 % au 31 mars 2015).

La chronologie des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses, au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	17 807 381 \$	14 088 246 \$
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	2 421 242 \$	2 155 302 \$
De 30 à 59 jours	1 424 859 \$	932 317 \$
De 60 à 89 jours	544 169 \$	705 438 \$
De 90 jours et plus	6 476 825 \$	4 858 178 \$
Sous-total	10 867 095 \$	8 651 235 \$
Provision pour créances douteuses	(6 198 814) \$	(4 950 444) \$
Sous-total	4 668 281 \$	3 700 791 \$
Total des autres débiteurs	22 475 662 \$	17 789 037 \$

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses	4 950 444 \$	3 530 863 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	1 248 370 \$	1 647 855 \$
Montants recouvrés	- \$	(228 274) \$
Solde au début de la provision pour créances douteuses	6 198 814 \$	4 950 444 \$

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Le risque de crédit associé aux placements de portefeuille est essentiellement réduit au minimum, puisque l'établissement s'assure de détenir majoritairement des titres émis par le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux, ou par des institutions financières réputées.

Au 31 mars 2016, ces actifs financiers étaient investis dans des obligations et actions.

Le risque de crédit lié aux placements de portefeuille découle du fait que l'établissement détient des placements en obligations et des billets. De ce fait, il existe un risque qu'un émetteur ne s'acquitte pas de ses obligations, ce qui aurait une incidence sur son actif.

Le risque de crédit associé aux placements de portefeuille est néanmoins limité du fait que selon l'article 265 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2), un établissement ne peut acquérir des actions d'une personne morale sans avoir obtenu préalablement l'avis du ministère de la Santé et des Services sociaux et dans la seule mesure prévue dans une entente conclue avec le MSSS et dont les conditions sont rendues publiques.

De plus, l'article 269 de cette même loi stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution, autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2016, l'établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi, à l'exception de ce qui est mentionné à l'annexe au rapport de l'auditeur indépendant.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état

de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créiteurs – MSSS, les autres créiteurs et autres charges à payer, les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des ouvertures de crédit. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime, puisqu'elles sont prises en charge par le MSSS. Les autres créiteurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin de l'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créiteurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
Moins de 6 mois	91 512 388 \$	87 477 950 \$
De 6 mois à 1 an	3 645 967 \$	3 282 198 \$
De 1 an à 3 ans		- \$
De 3 ans à 5 ans		- \$
De plus de 5 ans		- \$
Total des autres créiteurs	95 158 355 \$	90 760 148 \$

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, les soldes de ces postes sont représentés comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	131 012 871 \$	219 081 775 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées	4 617 647 \$	23 819 972 \$
Dettes à long terme	546 084 892 \$	416 198 569 \$

Du montant des emprunts temporaires totalisant 131 012 871 \$, 79 412 871 \$ porte intérêt à un taux variable (taux des acceptations bancaires plus 0.05 %). Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Une somme de 51 600 000 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables et ne sont pas pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

Du montant des avances de fonds – enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 550 702 542 \$, un montant de 4 617 647 \$ représente des emprunts portant intérêt à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Le solde au montant de 546 084 892 \$ représente des emprunts portant intérêt à taux fixes. La totalité du montant de 546 084 892 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le

remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

Note 18. - Périmètre comptable et méthode de consolidation

Renseignements financiers sur les entités consolidées

	Exercice courant	Exercice précédent
Actifs financiers	167 887 990	168 895 356
Passifs	1 023 960 673	962 593 038
Actifs financiers nets (dette nette)	(856 072 683)	(793 697 682)
Actifs non financiers	791 642 009	726 614 960
Surplus (déficits) cumulés	(64 610 674)	(57 124 633)
Revenus	817 160 743	834 977 985
Charges	820 110 755	835 104 439
Surplus (déficits) de l'exercice	(2 950 012)	(126 454)

Note 19. - Opérations entre apparentés (nature, montant, méthode)

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques et les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 20. - Chiffres comparatifs

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

ix. Charges brutes par programmes-services

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.	
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5176	700-00 /	
Fonds d'exploitation-Activités principales	exercice terminé le 31 mars 2016 - NON AUDITÉE		
CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES			
	Exercice courant	Exercice précédent	Variation (C.1 - C.2)
	1	2	3
SANTÉ PUBLIQUE			
4110 Développement, adaptation et intégration sociale	1	3 333 664	XXXX
4120 Habitudes de vie et maladies chroniques	2	102 403	XXXX
4130 Maladies infectieuses	3	1 119 778	XXXX
4140 Autres activités de santé publique	4	26 591	XXXX
4150 Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	5	2 228 182	XXXX
4160 Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	6	92 593	XXXX
6540 Services dentaires préventifs	7	439 408	XXXX
6761 Surveillance continue de l'état de santé de la population	8	XXXX	XXXX
6762 Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes	9	XXXX	XXXX
6763 Promotion de la santé et du bien-être	10	XXXX	XXXX
6764 Protection de la santé	11	XXXX	XXXX
6765 Fonctions de soutien	12	XXXX	XXXX
7157 Gestion et soutien aux programmes santé publique	13	188 057	XXXX
7984 Activités spéciales - Santé publique	14	XXXX	XXXX
7995 Lutte à une pandémie d'influenza	15	XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	16	42 498	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	17	73 010	XXXX
Transfert de frais généraux	18	XXXX	XXXX
TOTAL - SANTÉ PUBLIQUE (L.01 à L.18)	19	7 646 184	XXXX
SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE			
5960 Autres services téléphoniques régionaux	20	617 524	XXXX
5970 Info-social	21	906 214	XXXX
5980 Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille ou de cliniques-réseau	22	2 752 889	XXXX
5990 Pratique des sages-femmes	23	1 669 266	XXXX
6090 Info santé 8-1-1	24	9 147 928	XXXX
6304 Unité de médecine familiale-Groupe de médecine de famille universitaire (UMF/GMF-U)	25	2 274 370	XXXX
6308 Services de santé courants (hors territoire)	26	XXXX	XXXX
6460 Services aux revendicateurs du statut de réfugié	27	7 499 861	XXXX
6510 Santé parentale et infantile	28	2 100 179	XXXX
6562 Services psychosociaux - Autres que SAD	29	2 179 808	XXXX
6568 Services psychosociaux (hors territoire)	30	91 625	XXXX
6590 Santé scolaire	31	249 362	XXXX
7154 Gestion et soutien d'une centrale	32	1 286 718	XXXX
7981 Activités spéciales - Services généraux	33	XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	34	10 754 215	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	35	4 458 908	XXXX
Transfert de frais généraux	36	XXXX	XXXX
TOTAL - SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE (L.20 à L.36)	37	45 988 867	XXXX

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES				
5514 Ressources intermédiaires - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	1	12 609 457	XXXX	XXXX
5534 Résidences d'accueil - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	2	1 327 744	XXXX	XXXX
5544 Autres ressources - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	3	947 088	XXXX	XXXX
5554 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SAPA	4	1 935 411	XXXX	XXXX
6058 Gériatrie active	5	3 327 885	XXXX	XXXX
6060 Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	6	23 605 950	XXXX	XXXX
6160 Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	7	28 219 730	XXXX	XXXX
6174 Soins infirmiers à domicile continus	8	568 130	XXXX	XXXX
6290 Hôpital de jour gériatrique	9	40 717	XXXX	XXXX
6380 Services ambulatoires en psychogériatrie	10	277 563	XXXX	XXXX
6532 Aide à domicile continue	11		XXXX	XXXX
6960 Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	12	939 776	XXXX	XXXX
6988 Foyers de groupe - Perte d'autonomie liée au vieillissement	13		XXXX	XXXX
7120 Intervention communautaire - SAD	14	424 567	XXXX	XXXX
7985 Activités spéciales - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	15		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	16	45 072 491	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	17	1 493 909	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	18		XXXX	XXXX
TOTAL - SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (L.01 à L.18)	19	120 790 418	XXXX	XXXX

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
DÉFICIENCE PHYSIQUE				
5517 Ressources intermédiaires - Déficience physique	1	210 494	XXXX	XXXX
5527 Familles d'accueil - Déficience physique	2		XXXX	XXXX
5537 Résidences d'accueil - Déficience physique	3		XXXX	XXXX
5547 Autres ressources - Déficience physique	4		XXXX	XXXX
5557 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-DP	5		XXXX	XXXX
6321 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - Déficience motrice	6		XXXX	XXXX
6801 Pharmacie - Déficience motrice	7		XXXX	XXXX
6973 Centre de jour - Déficience physique	8		XXXX	XXXX
6984 Foyers de groupe - Déficience physique	9		XXXX	XXXX
7012 Atelier du travail - Déficience physique	10		XXXX	XXXX
7022 Support des stages en milieu de travail - Déficience physique	11		XXXX	XXXX
7032 Intégration à l'emploi - Déficience physique	12		XXXX	XXXX
7042 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (déficience physique)	13		XXXX	XXXX
7052 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance continue - Déficience physique	14		XXXX	XXXX
7081 Soutien aux familles de personnes ayant une déficience physique	15	263 363	XXXX	XXXX
7108 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - Déficience physique	16	213 126	XXXX	XXXX
7391 Déplacement des personnes ayant une déficience physique	17		XXXX	XXXX
7987 Activités spéciales - Déficience physique	18		XXXX	XXXX
8002 Évaluation, expertise et orientation - Déficience physique	19	75 333	XXXX	XXXX
8010 Plan de services individualisé - Déficience physique	20		XXXX	XXXX
8060 Adaptation / réadaptation - Déficience visuelle	21		XXXX	XXXX
8070 Adaptation / réadaptation - Déficience auditive	22		XXXX	XXXX
8080 Adaptation / réadaptation - Déficience du langage et de la parole	23		XXXX	XXXX
8090 Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en centre de réadaptation pour déficience physique	24		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	25	13 501 859	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	26	137 517	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	27		XXXX	XXXX
TOTAL - DÉFICIENCE PHYSIQUE (L.01 A L.27)	28	14 401 692	XXXX	XXXX

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA				
5516 Ressources intermédiaires - DI et TSA	1	8 615 300	XXXX	XXXX
5526 Familles d'accueil - DI et TSA	2		XXXX	XXXX
5536 Résidences d'accueil - DI et TSA	3	773 282	XXXX	XXXX
5546 Autres ressources - DI et TSA	4	117 729	XXXX	XXXX
5556 Suivi professionnel des usagers en RNI - DI et TSA	5		XXXX	XXXX
6910 Services d'assistance éducative spécialisée à la famille et aux proches - Déficience intellectuelle et TED	6		XXXX	XXXX
6920 Services de soutien spécialisé aux partenaires - Déficience intellectuelle et TED	7		XXXX	XXXX
6945 Internat - Déficience intellectuelle et TED	8		XXXX	XXXX
6983 Foyers de groupe - Déficience intellectuelle et TED	9		XXXX	XXXX
7001 Services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire - Déficience intellectuelle et TED	10	838 550	XXXX	XXXX
7011 Atelier de travail - Déficience intellectuelle et TED	11		XXXX	XXXX
7024 Support des stages individuels - Déficience intellectuelle et TED	12	19 737	XXXX	XXXX
7025 Support des plateaux de travail - Déficience intellectuelle et TED	13	74 978	XXXX	XXXX
7031 Intégration à l'emploi - Déficience intellectuelle et TED	14	2 352	XXXX	XXXX
7041 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (déficience intellectuelle et TED)	15	5 420 978	XXXX	XXXX
7051 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance continue - Déficience intellectuelle et TED	16		XXXX	XXXX
7082 Soutien aux familles de personnes ayant une déficience intellectuelle	17	545 845	XXXX	XXXX
7083 Soutien aux familles de personnes ayant un trouble envahissant du développement (TED) - Allocations	18	846 934	XXXX	XXXX
7101 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - DI et TSA	19	1 647 889	XXXX	XXXX
7180 Soutien aux programmes - CRDI	20	712 205	XXXX	XXXX
7392 Déplacement des personnes présentant une déficience intellectuelle	21		XXXX	XXXX
7986 Activités spéciales - Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	22		XXXX	XXXX
8001 Accueil, évaluation et orientation - Déficience intellectuelle et TED	23	94 562	XXXX	XXXX
8050 Services d'adaptation et de réadaptation à la personne - Déficience intellectuelle et TED	24	8 672 841	XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	25	1 032 280	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	26	283 791	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	27		XXXX	XXXX
TOTAL - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA (L.01 à L.27)	28	29 699 253	XXXX	XXXX

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
JEUNES EN DIFFICULTÉ				
5100 Accueil à la jeunesse (LPJ - LSJPA - LSSSS)	1		XXXX	XXXX
5200 Evaluation/orientation et accès (LPJ - LSJPA - LSSSS)	2		XXXX	XXXX
5400 Assistance et support aux jeunes et à la famille (LPJ - LSJPA - LSSSS)	3		XXXX	XXXX
5501 Unités de vie pour jeunes - Ouverte	4		XXXX	XXXX
5502 Unités de vie pour jeunes - Fermée (LPJ - LSJPA)	5		XXXX	XXXX
5505 Unités de vie ouvertes pour jeunes mères en difficulté d'adaptation (LPJ - LSSSS)	6		XXXX	XXXX
5511 Ressources intermédiaires - Jeunes en difficulté	7		XXXX	XXXX
5521 Familles d'accueil - Jeunes en difficulté	8		XXXX	XXXX
5541 Autres ressources - Jeunes en difficulté	9		XXXX	XXXX
5580 Postulants familles d'accueil de proximité - Jeunes en difficulté	10		XXXX	XXXX
5590 Tutelle à un enfant	11		XXXX	XXXX
5600 Services externes (LPJ - LSJPA - LSSSS)	12		XXXX	XXXX
5700 Révision des mesures (LPJ)	13		XXXX	XXXX
5810 Expertise à la Cour supérieure (LSSSS)	14		XXXX	XXXX
5820 Médiation familiale (LSSSS)	15		XXXX	XXXX
5830 Recherche d'antécédents et retrouvailles (LSSSS)	16		XXXX	XXXX
5850 Contentieux (LPJ - LSJPA - LSSSS)	17		XXXX	XXXX
5860 Santé des jeunes (LPJ - LSJPA - LSSSS)	18		XXXX	XXXX
5870 Adoption (LSSSS)	19		XXXX	XXXX
5910 Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	20	4 449 227	XXXX	XXXX
6989 Foyers de groupe - Jeunes en difficulté (LPJ - LSJPA - LSSSS)	21		XXXX	XXXX
7989 Activités spéciales - Jeunes en difficulté	22		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	23	593 926	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	24	48 619	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	25		XXXX	XXXX
TOTAL - JEUNES EN DIFFICULTÉ (L.01 à L.25)	26	5 091 772	XXXX	XXXX

DÉPENDANCES

5515 Ressources intermédiaires - Dépendances	27		XXXX	XXXX
5525 Familles d'accueil - Dépendances	28		XXXX	XXXX
5535 Résidences d'accueil - Dépendances	29		XXXX	XXXX
5545 Autres ressources - Dépendances	30		XXXX	XXXX
6340 Désintoxication interne en milieu hospitalier	31		XXXX	XXXX
6670 Services spécialisés en toxicomanie - Usagers admis	32		XXXX	XXXX
6680 Services externes en toxicomanie	33	197 852	XXXX	XXXX
6690 Unité d'intervention brève de traitement en toxicomanie	34		XXXX	XXXX
7988 Activités spéciales - Dépendances	35		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	36		XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	37	1 907	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	38		XXXX	XXXX
TOTAL - DÉPENDANCES (L.27 à L.38)	39	199 759	XXXX	XXXX

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
SANTÉ MENTALE				
5410 Soutien aux services de santé mentale (LSSSS)	1		XXXX	XXXX
5504 Unités de vies ouvertes pour jeunes - Santé mentale	2		XXXX	XXXX
5513 Ressources intermédiaires - Santé mentale	3		XXXX	XXXX
5523 Familles d'accueil - Santé mentale	4		XXXX	XXXX
5533 Résidences d'accueil - Santé mentale	5		XXXX	XXXX
5543 Autres ressources - Santé mentale	6		XXXX	XXXX
5553 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SM	7		XXXX	XXXX
5920 Intervention et suivi de crise	8		XXXX	XXXX
5930 Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	9	6 487 307	XXXX	XXXX
5940 Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave	10	1 293 413	XXXX	XXXX
6010 Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (0-17 ans)	11		XXXX	XXXX
6020 Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes	12	4 920 721	XXXX	XXXX
6030 Unité d'hospitalisation en gériopsychiatrie	13		XXXX	XXXX
6100 Psychiatrie légale	14		XXXX	XXXX
6172 Soins infirmiers à domicile (santé mentale)	15	107 047	XXXX	XXXX
6270 Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique	16		XXXX	XXXX
6280 Hôpital de jour en santé mentale	17	1 076 308	XXXX	XXXX
6330 Services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale	18	1 829 090	XXXX	XXXX
6977 Centre de jour en santé mentale - Jeunes (0-17 ans)	19		XXXX	XXXX
6978 Centre de jour en santé mentale - Adultes (18-100 ans)	20		XXXX	XXXX
6985 Foyers de groupe en santé mentale (0-17 ans)	21		XXXX	XXXX
6986 Foyers de groupe en santé mentale - Adultes (18 - 100 ans)	22		XXXX	XXXX
7002 Centre pour activités de jour - Santé mentale	23		XXXX	XXXX
7013 Atelier de travail - Santé mentale	24		XXXX	XXXX
7023 Support des stages en milieu de travail - Santé mentale	25		XXXX	XXXX
7033 Intégration à l'emploi - Santé mentale	26		XXXX	XXXX
7043 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (santé mentale)	27		XXXX	XXXX
7053 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance continue - Santé mentale	28		XXXX	XXXX
7105 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - Santé mentale	29		XXXX	XXXX
7983 Activités spéciales - Santé mentale	30		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	31	4 810 636	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	32	197 871	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	33		XXXX	XXXX
TOTAL - SANTÉ MENTALE (L.01 à L.33)	34	20 722 393	XXXX	XXXX
SANTÉ PHYSIQUE				
5512 Ressources intermédiaires - Santé physique	35		XXXX	XXXX
5532 Résidences d'accueil - Santé physique	36		XXXX	XXXX
5542 Autres ressources - Santé physique	37		XXXX	XXXX
5552 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SPH	38		XXXX	XXXX
6053 Soins intensifs	39	18 719 666	XXXX	XXXX
6055 Pédiatrie	40		XXXX	XXXX
6057 Unité des grands brûlés	41		XXXX	XXXX
6070 Chirurgie d'un jour	42	712 044	XXXX	XXXX
6171 Soins infirmiers spécialisés à domicile (santé physique)	43	136 828	XXXX	XXXX
SOUS-TOTAL (L.35 à L.43)	44	19 568 538	XXXX	XXXX

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
SANTÉ PHYSIQUE (suite)				
	Sous-total reporté (p.700-05, L.44) 1	19 568 538	XXXX	XXXX
6180 Hôtellerie hospitalière	2		XXXX	XXXX
6200 Soins spécialisés aux nouveau-nés (néonatalogie)	3	7 499 909	XXXX	XXXX
6250 Nutrition parentérale totale à domicile	4		XXXX	XXXX
6260 Bloc opératoire	5	26 408 231	XXXX	XXXX
6302 Consultations externes spécialisées	6	9 606 268	XXXX	XXXX
6303 Planification familiale	7		XXXX	XXXX
6309 Consultation et suivi de la procréation assistée	8		XXXX	XXXX
6322 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - CLSC et CH	9	4 487 794	XXXX	XXXX
6352 Inhalothérapie - Autres	10	4 423 766	XXXX	XXXX
6360 Centre de soins à la mère et au nouveau-né	11	11 551 550	XXXX	XXXX
6550 Services dentaires curatifs	12		XXXX	XXXX
6601 Banque de sang	13	1 252 810	XXXX	XXXX
6602 Dépistage prénatal de la trisomie 21	14		XXXX	XXXX
6604 Anatomopathologie	15	2 722 110	XXXX	XXXX
6605 Cytologie	16	136 611	XXXX	XXXX
6607 Laboratoires regroupés	17	12 240 188	XXXX	XXXX
6608 Dépistage néonatal	18		XXXX	XXXX
6609 Génétique médicale	19	1 554 746	XXXX	XXXX
6610 Physiologie respiratoire	20	604 858	XXXX	XXXX
6620 Sécurité transfusionnelle et produits sanguins	21	12 992 974	XXXX	XXXX
6650 Chambre hyperbare	22		XXXX	XXXX
6710 Electrophysiologie	23	881 650	XXXX	XXXX
6750 Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	24	3 697 271	XXXX	XXXX
6770 Endoscopie	25	2 938 680	XXXX	XXXX
6780 Médecine nucléaire et TEP	26	2 410 320	XXXX	XXXX
6790 Dialyse	27	8 171 481	XXXX	XXXX
6806 Pharmacie en CLSC	28		XXXX	XXXX
6830 Imagerie médicale	29	12 182 209	XXXX	XXXX
6840 Radio-oncologie	30	5 311 940	XXXX	XXXX
6861 Audiologie	31	357 220	XXXX	XXXX
6863 Audiologie et orthophonie - Autres en CLSC	32		XXXX	XXXX
6864 Audiologie et orthophonie à domicile	33		XXXX	XXXX
6865 Orthophonie pour enfants en CLSC	34	254 223	XXXX	XXXX
6900 Réinsertion et intégration sociales (santé physique)	35		XXXX	XXXX
7060 Services d'oncologie et d'hématologie	36	4 706 222	XXXX	XXXX
7090 L'unité de médecine de jour	37	1 452 215	XXXX	XXXX
7395 Déplacement des personnes en hémodialyse	38		XXXX	XXXX
7400 Déplacement des usagers	39	2 017 710	XXXX	XXXX
7553 Nutrition clinique	40	6 911 486	XXXX	XXXX
7982 Activités spéciales - Santé physique	41		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	42	116 129 778	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	43	2 723 240	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	44		XXXX	XXXX
TOTAL - SANTÉ PHYSIQUE (L.01 à L.44)	45	285 195 998	XXXX	XXXX

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
ADMINISTRATION				
6766 Direction, coordination et soutien administratif	1		XXXX	XXXX
7300 Administration générale	2	28 589 772	XXXX	XXXX
7320 Administration des services techniques	3	2 421 538	XXXX	XXXX
7340 Informatique	4	6 855 918	XXXX	XXXX
7900 Personnel bénéficiant de mesures de sécurité et de stabilité d'emploi	5	6 137 471	XXXX	XXXX
7930 Personnel en prêt de service	6		XXXX	XXXX
7992 Activités spéciales - Administration	7		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	8	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	9	4 224 398	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	10	(147 716)	XXXX	XXXX
TOTAL - ADMINISTRATION (L.01 à L.10)	11	48 081 381	XXXX	XXXX
SOUTIEN AUX SERVICES				
5900 Administration des services à la clientèle (LPJ - LSJPA - LSSSS)	12		XXXX	XXXX
6000 Administration des soins	13	10 572 378	XXXX	XXXX
7200 Enseignement	14	716 958	XXXX	XXXX
7210 Réseau d'enseignement universitaire	15		XXXX	XXXX
7350 Gestion de l'information	16		XXXX	XXXX
7530 Réception - Archives - Télécommunications	17	14 629 228	XXXX	XXXX
7551 Alimentation - Internat pour personnes ayant une déficience physique	18		XXXX	XXXX
7552 Alimentation - Internat pour personnes ayant une déficience intellectuelle	19		XXXX	XXXX
7554 Alimentation - Autres	20	17 716 945	XXXX	XXXX
7600 Buanderie et lingerie	21	6 909 504	XXXX	XXXX
7930 Personnel en prêt de service	22		XXXX	XXXX
7993 Activités spéciales - Soutien aux services	23		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	24	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	25	665 002	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	26	(98 880)	XXXX	XXXX
TOTAL - SOUTIEN AUX SERVICES (L.12 à L.26)	27	51 111 135	XXXX	XXXX
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS				
7640 Hygiène et salubrité	28	15 825 402	XXXX	XXXX
7650 Gestion des déchets biomédicaux	29	694 670	XXXX	XXXX
7700 Fonctionnement des installations	30	24 888 073	XXXX	XXXX
7710 Sécurité	31	3 174 668	XXXX	XXXX
7800 Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier/Équipement	32	17 450 910	XXXX	XXXX
7930 Personnel en prêt de service	33		XXXX	XXXX
7994 Activités spéciales - Gestion des bâtiments et des équipements	34		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	35	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	36	593 310	XXXX	XXXX
Transfert de frais généraux	37	(491 741)	XXXX	XXXX
TOTAL - GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS (L.28 à L.37)	38	62 135 292	XXXX	XXXX
GRAND TOTAL PAR PROGRAMMES-SERVICES	39	691 064 144	XXXX	XXXX

x. Contrats de services 2015-2016

Numéro de contrat	Description	Fournisseur	Description catégorie	Montant annuel	Dates de début	Date de fin	Date de fin initiale	Engagement estimative FY2016/17 (1-4 2016au 31-3- 2017)	Engagement estimative FY2017/18 (1-4 2017 au 31-3- 2018)	Engagement estimative FY2018/19 (1-4 2018 au 31-3- 2019)	Engagement estimative FY 2019/20	Engagement estimative FY 2020/21
SC0000000022625	Service contract- Da Vinci "S" Robot	MINOGUE MEDICAL INC. - US	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$410,000.00	4/1/2015	3/31/2016		\$410,000.00				
CO-2015-7016	SERVICE DE SUPPORT DE SERVICES PROFESSIONNELS POUR LE PROJET OPÉRA	1118950 - GE HEALTHCARE CANADA INC	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$254,124.59	4/30/2015	3/31/2020	3/31/2020	\$254,124.00	\$254,124.00	\$254,124.00	\$254,124.00	
CO-2015-7037	SERVICE DE LOGICIEL ESPRESSO GRH/PAIE	1688640 - LOGIBEC INC	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$254,104.84	4/1/2015	3/31/2016	3/31/2016	\$254,104.00				
CO-2015-7028	CONTRAT DE SUPPORT ANNUEL POUR LOGICIELS ET INTERFACES CHARTMAXX	3085435 - MEDPLUS INC. A QUEST DIAGNOSTICS COMPANY	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$242,216.82	5/1/2015	4/30/2016	4/30/2016	\$242,216.00				
CO-2015-7014	CONTRAT DE LICENCE POUR LOGICIEL POS	5000274 - THINK RESEARCH	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$170,060.80	4/1/2015	3/31/2020	3/31/2020	\$170,000.00	\$170,000.00	\$170,000.00	\$170,000.00	
CO2015-7000	CONTRAT DE SERVICE D'ENTRETIEN DES SERVEURS	1334050 - IBM CANADA LTD	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$153,550.70	4/1/2015	3/31/2016	3/31/2016	\$153,550.00				
CO-2015-5011	CONTRAT DE SERVICE D'ENTRETIEN DESEQUIPEMENTS D'IMAGERIE MEDICALE (SOMATOM EDGE)	2618015 - SIEMENS CANADA LIMITED	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$137,500.00	4/1/2015	3/31/2016		\$137,500.00				
SC24630	Light Speed VCT Contract Service Partage Entente #254253	GE HEALTHCARE CANADA	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$117,650.00	1/1/2015	12/31/2015						
CO-2015-5007	SERVICE D'ENTRETIEN, REPARATIONS D'EQUIPEMENTS D'IMAGERIE MEDICALE: Light Speed VCT (CT Scan RT 16)	1118950 - GE HEALTHCARE CANADA INC	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$117,568.00	4/1/2015	4/30/2016		\$117,568.00				
CO-2015-2012	TELEPHONIE LOCALE ET INTERURBAINE	4340018 - BELL CANADA	65- SERVICE GENERAL	\$115,000.00	4/1/2015	3/31/2020	4/30/2018	\$115,000.00	\$115,000.00	\$115,000.00	\$115,000.00	
CO-2015-5015	SERVICE POUR L'ENTRETIEN DES ENDOSCOPES POUR LE SERVICE DE GASTRO-ENTEROLOGIE	2184700 - PENTAX CANADA INC.	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$95,000.00	4/15/2015	4/14/2016		\$95,000.00				
CO-2015-2014	TRAVAUX DE CABLAGE	5000667 - BELL CANADA (DIVISION DE CABLAGE)	65- SERVICE GENERAL	\$90,000.00	9/1/2015	3/31/2016	3/31/2016	\$90,000.00				
SC24549	SUPPORT ET MAINTENANCE (24/7) - LICENCE DE SITE CENTRO	4799600 - CRESCENDO SYSTEMS CORPORATION	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$84,802.52	1/1/2015	3/31/2016	3/31/2016	\$84,802.00				
CO-2015-7052	ACQUISITION D'UN DOSSIER MEDICAL ELECTRONIQUE (DME)	5000992 - MEDFAR CLINICAL SOLUTIONS	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$76,600.00	9/18/2015	9/17/2020	9/17/2019	\$76,600.00	\$76,600.00	\$76,600.00	\$38,200.00	\$76,600.00
CO-2015-5023	SERVICE D'ENTRETIEN ET LIVRAISON POUR PROJECTEUR DE SOURCE A HAUT DEBIT	ELEKTA inc	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$69,628.35	4/1/2015	3/31/2020		\$70,000.00	\$70,000.00	\$70,000.00	\$70,000.00	
CO-2015-5018	MAINTENANCE SANS FILS ARUBACARE	5000143 - TELUS	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$66,023.92	5/1/2015	4/30/2016	4/30/2016	\$66,023.00				
CO-2015-7003	SERVICE DE SOUTIEN DU LOGICIEL CENTRICITY OPÉRA	1118950 - GE HEALTHCARE CANADA INC	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$65,676.46	4/1/2015	3/31/2020	3/31/2020	\$65,676.00	\$65,676.00	\$65,676.00	\$65,676.00	
CO-2015-7044	CONTRAT SUPPORT MED-URGE	3084576 - MEDIAMED TECHNOLOGIES	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$65,511.27	4/1/2015	3/31/2016	3/31/2016	\$65,511.00				
CO2015-7001	ABONNEMENT AUX LOGICIELS ET ASSISTANCE IBM	1334050 - IBM CANADA LTD	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$61,967.05	4/1/2015	3/31/2016	3/31/2016	\$61,967.00				
CO-2015-5010	CONTRAT DE SERVICE D'ENTRETIEN POUR DES POMPES A INFUSION	3081789 - HOSPIRA HEALTHCARE CORPORATION	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$57,000.00	4/1/2015	3/31/2016		\$57,000.00				
CO-2015-7033	WEBSense SECURITY SUITE SUBSCRIPTION LICENSE	2662840 - SOFTCHOICE LP.	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$56,970.00		9/19/2015	9/18/2016	\$28,485.00				
CO-2015-7012-2	SERVICE DE MAINTENANCE DU LOGICIEL PERICALM	3088655 - PERIGEN	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$56,339.33		4/1/2015	3/31/2016	\$56,339.00				
CO-2015-5004	SERVICE D'ENTRETIEN, REPARATIONS D'EQUIPEMENTS D'IMAGERIE MEDICALE (SkyLight et JetStream)	2208500 - PHILIPS HEALTH CARE	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$50,533.00	4/1/2015	3/31/2016		\$50,533.00				
CO-2015-7042	MAINTENANCE POUR LE LOGICIEL MEDNET	3081789 - HOSPIRA HEALTHCARE CORPORATION	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$50,000.00	9/30/2015	8/31/2018	8/31/2018	\$50,000.00	\$50,000.00	\$20,633.00		
CO-2015-7034	SERVICE DE LOGICIEL CLINIBASE CI-INDEX ADMISSION	1688640 - LOGIBEC INC	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$47,234.03	4/1/2015	3/31/2016	3/31/2016	\$47,234.00				
CO-2015-7000	SERVICE D'ENTRETIEN DES SERVEURS ET EQUIPEMENTS IBM LENOVO	1334050 - IBM CANADA LTD	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$46,326.24	4/1/2015	3/31/2016	3/31/2016	\$46,326.00				
CO-2015-5005	SERVICE D'ENTRETIEN, REPARATIONS D'EQUIPEMENTS D'IMAGERIE MEDICALE (Infinia Hawkeye 4)	1118950 - GE HEALTHCARE CANADA INC	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$43,397.00	4/1/2015	4/30/2016		#REF!				
CO-2015-5014	CONTRAT DE SERVICE POUR L'ENTRETIEN DES SYSTEMES DE LABORATOIRE: Light Cycler 2.0, Real Time PCR Instrument - SN#1415681; Light Cycler 480, Real Time PCR Instrument - SN#25565; Cobas 480, Real Time PCR Instrument - SN#50259; Light Cycler 480, Real Time PCR	2436006 - ROCHE DIAGNOSTICS	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$43,200.00	4/1/2015	3/31/2016		\$43,200.00				
CO-2015-7013	SERVICE D'ENTRETIEN DES SERVEURS ET EQUIPEMENT IBM LENOVO	5000246 - LENOVO CANADA	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$42,465.72	4/1/2015	3/31/2016	3/31/2016	\$42,465.00				
CO-2015-5017	CONTRAT DE SERVICE POUR L'ENTRETIEN DES SYSTEMES DE LABORATOIRE	1626001 - LEICA MICROSYSYSTEMS (CANADA) INC.	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$39,474.00	4/1/2015	3/31/2018		#REF!	#REF!			
CO-2015-7053	LICENCES ANTIVIRUS - TREND MICRO	5001205 - FRISSSS	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$38,033.26	4/1/2015	3/31/2016	3/31/2016	\$38,033.00				
CO-2015-5027	REMPLACEMENT DES SYSTEMES D'ACCÈS	3088028 - SECURITE A.D.SECURITY	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$36,412.84	11/10/2015	11/9/2016	11/9/2016	#REF!				
CO-2015-5006	SERVICE D'ENTRETIEN, REPARATIONS D'EQUIPEMENTS D'IMAGERIE MEDICALE (Revolution XQ/i)	1118950 - GE HEALTHCARE CANADA INC	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$35,625.00	4/1/2015	4/30/2016		#REF!				
SC24544	ENTRETIEN DE MAINTENANCE D'EQUIPEMENTS DE SEQUENÇAGE	3084807 - ILLUMINA CANADA INC	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$30,000.00	4/21/2015	3/31/2018		#REF!	#REF!			
CO-2015-7043	SUPPORT VIRTUO EN MODE CONSULTATION	1853009 - MEDISOLUTION (2009) INC.	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$28,245.89	10/30/2015	3/31/2020	3/31/2020	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	
CO-2015-5023	SERVICE D'ENTRETIEN ET LIVRAISON POUR PROJECTEUR DE SOURCE A HAUT DEBIT	ELEKTA inc	61- SERVICE D'ENTRETIEN D'EQUIPEMENT	\$27,836.09	4/1/2015	3/31/2020	3/31/2020	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	
CO-2015-7036	SERVICE DE LOGICIEL CLINIBASE CI -GAP	1688640 - LOGIBEC INC	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$27,635.61	4/1/2015	3/31/2016	3/31/2016	\$27,635.00				
...	CONTRAT SUPPORT LOGICIELS DE PAIE (droits d'utilisation Espresso Paie/GRH)	LOGIBEC inc.	Ressources informatiques	\$27,614.00	4/1/2015	3/31/2016						
...	ENTRETIEN ASCENSEURS	KONE	Service Techniques	\$32,937.60	1/1/2016	12/31/2016						
...	EXTERIOR PARKING HARDWARE AND SUPPORT	PARKSMART	Service Techniques	\$25,740.00	AUG 1 2015	JULY 31 2016						
GRM-230-SR	CONTRAT POUR LE SYSTEME DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA PAIE	MédSolution (2009) Inc. (B)	Service Techniques	\$64,574.27	9/30/2015	9/19/2020						
GRM-391-SR	LICENCES D'UTILISATION GIESPHARLITE: MODULE D'ACCES AUX INFORMATIONS DES PATIENTS INCLUANT UN PRESCRIPTEUR ET UNE FEUILLE D'ADMINISTRATION ELECTRONIQUE DES MEDICAMENTS	CGSI@SOLUTIONS-TI INC.	Service Techniques	\$53,375.00	9/9/2015	9/9/2016						
GRM-232-SR	DESIGN, INSTALLATION ET ENTRETIEN DE JARDINS THERAPEUTIQUES, ANIMATION DE SESSIONS DE JARDINAGE THERAPEUTIQUE, IMPLANTATION D'UN PROGRAMME D'HORTI-THERAPIE	DEPOT ALIMENTAIRE NDG	Service Techniques	\$30,000.00	9/9/2015	9/9/2016						
RI MIRIAM	RI MIRIAM	Constant, Andeline	RI	\$54,392.00	12/15/2015	12/14/2020						
RI MIRIAM	RI MIRIAM	Crossdale, Claudette	RI	\$260,892.00	4/17/2015	4/17/2025						
RI MIRIAM	RI MIRIAM	SESAM	RI	\$110,000.00								
CO-2015-7005-1	SERVICE DE SUPPORT ET MAINTENANCE ONE SIGN	3091465 - IMPRIVATA INC	62- SERVICE D'ENTRETIEN LOGICIEL	\$36,720.00	3/1/2016	2/28/2017	2/29/2016	\$36,600.00				

8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Le résultat des opérations de l'établissement va à l'encontre de la loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir le déficit à la fin de l'année financière. En effet, le déficit du fonds d'exploitation se chiffre à 4 708 099 \$ et correspond au surplus cumulé des établissements CSSS Cavendish, CSSS de la Montagne, Centre Miriam et Centre de Réadaptation Constance-Lethbridge fusionnés au 1^{er} avril 2015. L'utilisation de ces surplus cumulés pour financer le déficit de l'exercice 2015-2016 a été communiqué au ministère par la direction du CIUSSS.

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

Nom de l'établissement : CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal Code : 1104-5176 Page / Idn. : 140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Tel qu'exigé par le ministère de la santé et des services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société Québécoise des Infrastructures sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables agréés, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2012-2013	R	Aucune, car directive du MSSS			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Unités de mesure pour c/a 6890 ont été estimés.	2013-2014	R			PR	
Pour le c/a 6565 Service sociaux, l'unité de mesure «usager» n'est pas conforme aux exigences du manuel de gestion financière car les usagers sont compilés en fonction du nombre d'inscrits au début de la période et des admissions survenues au cours de la période financière. Cette compilation permet de conclure que l'unité présentée aux pages 650 du rapport financier serait diminuée et le coût unitaire augmenterait.	2012-2013	C		R		
Pour le c/a 6174 Soins infirmier à domicile, les unités de mesure «usager» et «jours présence» ne sont	2013-2014	C		R		

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2016.1.0

Révisée: 2015-2016

Timbre valideur: 2016-06-15 12:00:08

Rapport V 1.0

pas conformes aux exigences du manuel de gestion financière car le praticien n'autorise pas systématiquement la fermeture des dossiers des usagers, ce qui entraîne une surévaluation des unités de mesure associées à ce centre. Cette compilation permet de conclure que l'unité présentée aux pages 650 du rapport financier serait diminuée et le coût unitaire augmenterait.						
Les <heures de prestations de services> dans l'unité de mesure 8050 n'étaient pas adéquatement approuvées	2014-2015	C	Aucune anomalie relevée en 2015	R		
La compilation de l'unité de mesure <usager> n'est pas conforme aux définitions du MGF. Le système de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés. Il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site.	2014-2015	C				NR
Les unités de mesure <kilogramme de linge souillé> et <kilogramme de linge propre> ne sont pas conformes aux exigences du MGF pour le c/a 7604-Buanderie, car les établissements ne tiennent pas de registre pour compiler les unités de mesures.	2014-2015	C				NR
Les unités de mesure du c/a 6870-Physiothérapie n'ont pu être auditées	2014-2015	C	Les éléments probants ont été conservés	R		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes 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.	2012-2013	C				NR
Sous évaluation des frais courus, autres débiteurs et stock. Surevaluation de certains revenus et dépenses. Effet net sur le résultat est un sous-évaluation de 425 501\$	2014-2015	C		R		

Hôpital général de juif 1 424 470\$ Hôpital gériatrique Maimonides(470 149)\$ Centre Miriam (13 360)\$ CHSLD Juif (501 462)\$ CSSS Cavendish (865,000)\$						
Le Centre Miriam n'a pas été en mesure de fournir la documentation appropriée aux fins de l'audit du AS-471	2014-2015	C	Le regroupement au CIUSSS a permis d'harmoniser les méthodes de travail	R		
Les conciliations bancaires des fonds en fiducie de Centre Miriam n'étaient pas effectuées	2014-2015	C	Le regroupement au CIUSSS a permis d'harmoniser les méthodes de travail	R		
Rapport à la gouvernance						

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), géré par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, comprendra de l'information à ce sujet dans son propre rapport annuel.

ANNEXE 1 : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

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

TABLE DES MATIÈRES

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS	1
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	3
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS .	4
3.1 L'établissement	4
3.1.1 La mission du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	4
3.1.2 Désignations de l'établissement.....	6
3.1.3 La vocation suprarégionale	7
3.1.4 La structure de l'organisation au 31 mars 2016.....	8
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	9
3.2.1 Le conseil d'administration.....	9
3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives	10
3.3 Les faits saillants	27
3.3.1 Soins infirmiers.....	27
3.3.2 Services multidisciplinaires	28
3.3.3 Services intégrés de première ligne	30
3.3.4 Réadaptation et déficience	31
3.3.5 Santé mentale et dépendance	32
3.3.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées	34
3.3.7 Recherche.....	35
3.3.8 Enseignement médical et universitaire	37
3.3.9 Ressources informationnelles	37
3.3.10 Services techniques	38
3.3.11 Achat et Logistique	39
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	40

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	41
5.1 L'agrément	41
5.2 La sécurité des soins et des services.....	43
5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement	47
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	47
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	50
7. LES RESSOURCES HUMAINES	51
7.1 Les ressources humaines de l'établissement	51
7.2 La gestion et contrôle des effectifs.....	51
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....	52
8.1 Les états financiers	52
8.1.1 Rapport de la direction.....	52
8.1.2 Rapport de l'auditeur indépendant.....	53
8.2 L'équilibre budgétaire	90
9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	91
10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	94
ANNEXE 1 : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	95
ANNEXE 2 : RAPPORT ANNUEL 2015-2016 DU COMITÉ DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE DU CIUSSS	119
ANNEXE 3 : LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	125
ANNEXE 4 : L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS (suite)	126

ANNEXE 5 : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2015-2016 132

Chapitre III : Les attentes spécifiques 2015-2016..... 132

Chapitre IV : Les engagements du CIUSSS en fonction, notamment, du Plan
stratégique 2015-2020 du MSSS..... 146

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).

- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances².

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou

² BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.

- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de

tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

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

8.5 Discretion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps

partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

Processus disciplinaire

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

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

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc*.

et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ <i>[prénom et nom en lettres moulées]</i>, membre du conseil d'administration du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
_____ Signature	_____ Date <i>[aaaa-mm-jj]</i>	_____ Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE 2 : RAPPORT ANNUEL 2015-2016 DU COMITÉ DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE DU CIUSSS

Le comité de pharmacologie et de thérapeutique est un sous-comité du comité exécutif. Ce groupe multidisciplinaire est composé de médecins, de pharmaciens et d'infirmières/infirmiers. Il a pour mission de conseiller le/la pharmacien(ne) en chef sur la préparation du formulaire et de superviser la qualité, la distribution et l'utilisation des médicaments à l'hôpital. En septembre 2015, le nouveau comité de pharmacologie et de thérapeutique du CIUSSS a été créé en regroupant des membres de différents établissements.

Tableau 3.30.2 Statistiques du comité P et T	2015-2016	2014-2015	2013-2014
Nombre de rencontres	8	9	8
Nombre d'ajouts / d'approbations / d'exams	29	14	23
Nombre de suppressions / de refus	1	1	1
Nombre d'exams à la suite d'une mise en garde contre un médicament	36	47	38
Exams d'utilisation des médicaments	4	7	6
Nombre d'ordonnances collectives approuvées	6	5	1
Nombre d'ordonnances préimprimées approuvées	7	4	0
Nombre de protocoles/lignes directrices approuvés	6	12	1

Tableau 3.30.3 Statistiques du comité P et T 2015-2016								
	DUR	Autorisations	Suppressions/ refus	Mises en garde	Ordonnances collectives	Comité P et T	Rxs pré-imprimées	Participation N = 29
16 juin			Imipenem	10			5	7
8 septembre		Mandat du Ministère				Procédures de demandes P et T		17
13 octobre	4	Radium 223 Directives concernant l'utilisation d'antibiotiques avant une opération		10	2		1	7
20 octobre		Bendamustine Nivolumab Obinutuzumab Ipilimumab Pertuzumab Panitumumab Oxaliplatine contre le cancer du pancréas						7
15 décembre		Époprosténol inhalé Traitement de l'empyème Lurasidone				Consultations Clozapine		7
19 janvier		Nabilone Comprimés de posaconazole Sur la liste : Inhalateurs Sur la liste : Antinéoplasiques		16		Ordonnances collectives Mort médicalement	1	15

		Sur la liste : Substances réglementées				assistée		
23 février		Sur la liste : Antihistaminiques Sur la liste : Produits sanguins Sur la liste : Agents cardiovasculaires Sur la liste : Sérums, anatoxines, vaccins			2			12
15 mars		Sur la liste : Agents SNC Sur la liste : Électrolytes Sur la liste : Enzymes Sur la liste : Agents par voies respiratoires Sur la liste : Antagonistes de métaux lourds Sur la liste : Anesthésiques Sur la liste : Ocytociques			2	Fourniture de médicaments à la sortie de l'hôpital		9

Tableau 3.30.4 Statistiques relatives aux médicaments hors formulaire (excluant la chimiothérapie)	2015-2016	2014-2015	2013-2014
Nombre de requêtes	447	276	301
Nombre de requêtes refusées	13	40	26
Total (\$)	307 304	233 378	278 833
Économies (pour requêtes refusées)	13 683	\$41 600	n/a

Tableau 3.30.5 Statistiques relatives aux médicaments hors formulaire (Chimiothérapie)	2015-2016	2014-2015	2013-2014
Nombre de requêtes	168	78	37
Nombre de requêtes refusées	5	9	3
Nombre de soins de compassion	59	22	0
Économies totales (refusées) (\$)	61 168	159 855	n/a
Total (\$)	1 662 180	855 328	480 913

Tableau 3.30.6 Requêtes de médicaments hors formulaire 2015-2016	N ^{bre}	Coûts (\$)	Commentaires
Chirurgie cardiaque	1	50	
Cardiologie	6	5 978	Romiplostin
Dermatologie	4	18 662	Rituximab, Sodium Thiosulfate
Urgence	5	86	
Endocrinologie	0	0	Densoumab (refusé)
Médecine familiale	6	1 696	Octreotide LAR
Gastroentérologie	14	6 125	Botox, Ustekinumab (refusé)
Gériatrie	4	1 024	Denosumab, Diclofenac, Dabrafenib (refusé)
Gynécologie	2	1 121	Goserelin LA
Hématologie	26	38 937	Aprepitant, Imatinib, Rasburicase, Romiplostin,

			Temozolamide
Maladies infectieuses	7	2 925	Fidaxomicin, Fosfomycin, Rifabutin
Soins intensifs	6	4 160	Rasburicase, Romiplostin
Médecine interne	142	32 417	Canagliflozin, Cetirizine, Ciclopirox, Denosumab, Diclofenac Goserelin LA, Imatinib, Nabilone, Octreotide LAR, Tramadol
Néonatalogie	0	0	Ribavirin Inhalation (refusé)
Néphrologie	2	19 529	Rituximab, Sodium Thiosulfate
Neurologie	9	31 207	Botox, Rituximab
Oncologie (patients hospitalisés)	16	8 785	Denosumab, Erlotinib, Gefitinib, Zolendronate
Soins palliatifs	5	584	Methadone tabs
Psychiatrie	23	6 095	Lurasidone
Rhumatologie	11	56 573	Denosumab, Rituximab, Zolendronate
Chirurgie	22	5 911	Denosumab, Octreotide LAR, Triptorelin
Urologie	127	65 379	Botox, Goserelin LA
TOTAL	447	307 254	

Tableau 3.30.7 Drug Particularities	2015-2016	2014-2015	2013-2014	Examens P et T
Abiraterone	2	1	14	
Botulinum Toxin	141	8	7	
Cetirizine	12	8	3	Approuvé
Ciclopirox	14	3	5	Approuvé
Denosumab	21	9	6	À l'étude
Desvenlafaxine	2	1	0	Approuvé
Diclofenac gel	21	15	7	Approuvé
Erlotinib	2	8	11	
Exemestane	3	4	1	
Febuxostat	11	2	11	À l'étude
Goserelin Acetate	6	3	2	
Imatinib	9	3	7	
Leuprolide Acetate	0	6	5	
Lurasidone	11	6		Approuvé
Nabilone	16	16	7	Approuvé
Octreotide LAR	7	10	4	
Rasburicase	7	2	4	
Rifaximin	9	6		À l'étude
Rituximab (non Onco)	15	20	14	
Romiplostin	3	0	3	
Tramadol	10	8	11	À l'étude
Zolendronate	19	4	20	
Zolendronic Acid	2	4	4	

Tableau 3.30.8 Particularités des médicaments (Chimiothérapie) 2015-2016			AHFS	Approuvés	Refusés	Coûts (\$)	Économies
Abiraterone	Zytiga	HI	10:00	1		3 669	
Azacitidine	Vidaza	HI	10:00	1		0	
AZD9291		HI	10:00	4		0	
Bendamustine	Treanda	HI	10:00	10		126 560	
Bortezomib	Velcade	HI	10:00	1		2 202	
Brentuximab	Adcetris	HF	10:00	1		7 632	
Capecitabine	Xeloda	HI	10:00	3		1 630	
Carfilzomib	Kyprolis	PAS	95:00	1		0	
Carmustine	BICNU	HI	10:00	6		103 065	
Daratumumab		HF	95:00		1	0	
Doxorubicin	Caelyx	HI	10:00	5		24 690	
Erlotinib	Tarceva	HI	10:00	1		163	
Eribulin	Halaven	HF	10:00	7		31 270	
Everolimus	Afinitor	HI	10:00		1		562
Gefitinib	Iressa	HI	10:00	2		2 687	
Interleukin	Proleukin	HF	10:00	1		144 000	
Ipilimumab	Yervoy	HF	10:00	9		559 241	
Lapatinib	Tykerb	HF	10:00	1		2 400	
Lenvatinib	Lenvima	HF	10:00	2		0	
LZD9291		PAS	95:00	1		0	
Nivolumab	Opdivo	HF	10:00	42	1	0	
Obinutuzumab	Gazyva	HF	10:00	2		21 802	
Oxaliplatin	Eloxatin	HI	10:00	17		109 283	
Paclitaxel	Abraxane	HI	10:00	7	1	53 630	2 700
Panitumumab	Vectibix	HF	10:00	14		291 668	
Pembrolizumab	MK-3475	HF	10:00	8		0	
Pertuzumab	Perjeta	NF	10:00	5	1	83 675	57 906
Plerixafor	Mozobil	HI	10:00	6		56 129	
Romidepsin	Istodax	HF	10:00	2		36 159	
Sorafenib	Nexavar	HF	10:00	1		2 915	
Thiotepa	Thiotepa	PAS	95:00	1		816	
Trabectedin	Yondelis	HF	10:00	2		0	
TOTAL				163	5	1 662	61 168

AHFS 10 :00 Chimiothérapie ; 92 :00 Autres Médicaments ; 98 :00 Médicaments Non Commercialisés au Canada

HF : Hors formulaire ; PAS : Programme d'accès spécial ; HI : Hors indication

Table 3.30.9 Requêtes par des médecins en oncologie de médicaments hors formulaire	2015-2016		2014-2015		2013-2014	
Physician	N ^{bre} de requêtes	Coûts	N ^{bre} de requêtes	Coûts	N ^{bre} de requêtes	Coûts
Agulnik	9	0	1	16 496	1	0
Assouline	2	21 489	2	0	3	127 310
Batist	9	203 589	4	34 312	2	6 705
Caplan	10	87 765	11	124 318	1	22 542
Cassis	5	74 677	0	0	0	0
Cohen	8	22 999	2	0	3	8 935
Ferrario	11	94 320	1	1 582	1	6 132
Galiatsatos	1	21 850	0	0	0	0
Gotlieb	4	17 085	1	0	0	0
Gyger	4	83 143	9	145 069	7	111 112
Johnson	5	53 853	2	85 826	1	9 680
Kavan	23	330 189	10	149 300	1	2 796
Lau	0	0	1	0	1	3 352
Melnychuk	5	12 041	1	0	4	3 868
Miller	29	572 113	13	130 500	0	0
Palumbo	4	2 915	1	0	0	0
Panasci	4	4 283	8	51 174	2	16 050
Patenaude	7	17 092	3	62 250	4	96 353
Pehr	0	0	2	1 729	1	1 245
Pepe	4	0	0	0	1	24 400
Pollak	2	6 069	1	2 400	0	0
Sakr	8	0	0	0	1	810
Salvador	1	7 592	1	0	0	0
Shamy	5	27 306	4	47 373	2	29 040
Small	8	163	0	0	0	0
Total	168	1 662 180	78	855 328	37	480 913

Tableau 3.30.10	2015-2016		2014-2015		2013-2014	
Statistiques relatives aux requêtes de médicaments hors formulaire	Requêtes	Coûts (\$)	Requêtes	Coûts (\$)	Requêtes	Coûts (\$)
Anesthésie	0	0	0	0	0	0
Chirurgiecardiaque	1	50	3	1 532	14	3 429
Cardiologie	6	5 978	9	657	14	5 142
Médecine colorectale	0	0	0	0	1	7
Médecine dentaire	0	0	0	0	0	0
Dermatologie	4	18 662	2	18 462	12	60 071
Urgence	5	86	6	1544	26	8 166
Endocrinologie	0	0	2	884	4	562
ORL	0	0	0	0	1	357
Médecine familiale	6	1 696	13	580	14	2 397

Gastroentérologie	14	6 125	7	4 349	10	31 981
Gériatrie	4	1 024	7	1 689	5	1 165
Gynécologie	2	1 121	1	998	1	997
Hématologie	26	38 937	29	2 508	24	22 713
Maladies infectieuses	7	2 925	10	2 449	6	3 558
Soins intensifs	6	4 160	2	200	7	567
Médecine interne	142	32 417	101	11 247	97	14 456
Néonatalogie	0	0	0	0	0	0
Néphrologie	2	19 529	2	18 440	7	40 602
Neurologie	9	31 207	14	36 841	5	683
Unités de soins oncologiques	16	8 785				
Oncologie	168	1 662 180	78	855 328	37	480 913
Ophthalmologie	0	0	0	0	0	0
Orthopédie	0	0	3	127	3	2 238
Soins palliatifs	5	584	19	2 879	12	3 909
Pathologie	0	0	0	0	0	0
Psychiatrie	23	6 095	11	4 365	8	55
Maladies pulmonaires	0	0	0	0	0	0
Radiologie	0	0	0	0	1	46
Rhumatologie	11	56 573	16	94 259	7	55 455
Chirurgie	22	5 911	18	10 333	21	19 829
Thrombose	0	0	0	0	0	0
Urologie	127	65 379	1	35	0	0
TOTAL	615	1 969 434	354	1 069 701	338	759 746

ANNEXE 3 : LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Pour obtenir plus d'informations, veuillez consulter le document pdf, intitulé « Annexe 3: Entente_Gestion2015_2016_P13CIUSSS_detail », qui accompagne ce rapport.

ANNEXE 4 : L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS (suite)

Plaintes examinées par le médecin examinateur

	Plaintes
2015-2016	80
2014-2015	95

Répartition des plaintes par mission d'établissement

	CHSGS (JGH)	CHSLD	CLSC
2015-2016	75	4	1
2014-2015	82	7	6

Motifs des plaintes

Qualité des soins	71 %
Relations interpersonnelles	20 %
Accessibilité	9 %

Mesures

Les plaintes examinées par le médecin examinateur sont, par nature, personnelles, et par conséquent, les mesures appliquées sont le plus souvent individuelles. Dans la majorité des cas, la communication est un problème central lié à la façon dont l'information est transmise. À l'HGJ, le médecin examinateur a suggéré au personnel, dans certaines situations, d'assister aux ateliers de communication offerts par le Comité d'humanisation des soins pour améliorer leurs techniques de communication, augmenter leur réceptivité et éviter les plaintes répétitives.

Le médecin examinateur a également identifié trois facteurs où une insuffisance systémique a contribué au nombre de plaintes, et il convient de les aborder d'une manière plus globale. Notons d'abord la gestion des douleurs aiguës à l'Urgence; la production de meilleurs résumés en matière de soins, incluant des indications précises concernant le suivi des patients vus à l'Urgence ou hospitalisés durant un certain temps ou encore soumis à des traitements prolongés de réadaptation; et, enfin, la prise en charge médicale durant la nuit aux soins de courte durée.

Comité de révision

En raison des répercussions de la loi 10 et des difficultés entourant la création appropriée du comité de révision du réseau, aucun autre comité n'a été mis en place avant la fin de l'exercice 2015-2016. Plusieurs demandes soumises au comité de révision sont maintenant à l'étude. Les statistiques à cet égard figureront dans le rapport annuel de l'année prochaine.

Sujets de plaintes par motif

Au fil des ans, les trois motifs de plaintes les plus fréquents ont toujours été la qualité des soins, l'accessibilité et les relations interpersonnelles. Cette année ne fait pas exception à la règle, même si la qualité des soins s'est révélée, cette année, le motif le plus souvent évoqué comparativement à l'accessibilité, l'année dernière. Voici donc un résumé des sujets concernant toutes les plaintes de la dernière année.

Qualité des soins (32 %)

De nombreux éléments subjectifs sont liés à la qualité des soins. Nous avons toutefois constaté que les patients ont exprimé certaines préoccupations concernant le manque de clarté et d'informations concernant leurs soins et leur état de santé. L'élément le plus fréquent de ce type de plaintes est l'absence de continuité, incluant l'obtention de renseignements différents de la part de différents intervenants et le manque de clarté concernant le suivi après une hospitalisation ou une visite à l'Urgence.

Un autre élément important de ce type de plaintes est la perception qu'ont les usagers des soins qui leur sont offerts et qui, selon eux, ne correspondent pas à leurs besoins. Notons, entre autres, les délais de réponse aux demandes des patients qui activent leur cloche d'appel dans les secteurs de soins de longue durée et de soins de courte durée. Même s'il s'agit d'une source d'insatisfaction constante, il n'existe pas de normes précises sur ce qui est un délai « raisonnable ». La gestion de la douleur est également une autre plainte caractéristique de ce groupe.

Relations interpersonnelles (27 %)

Ce motif regroupe plusieurs problèmes, dont la communication, l'attitude et le respect. La façon dont l'information est transmise est souvent aussi importante que l'information elle-même. Les personnes malades dépendent des autres et sont particulièrement sensibles au ton de la voix et au langage non verbal des fournisseurs de soins. La même règle de conduite s'applique au personnel qui aide les usagers à avoir accès aux soins (réceptionnistes, secrétaires et coordonnateurs d'unités). Les membres du personnel qui se sentent bousculés et dépassés par la charge de travail sont souvent perçus comme des personnes qui manquent de respect ou qui ne se soucient guère des patients.

Les usagers qui ont l'occasion d'interagir avec leurs fournisseurs de soins se disent généralement plus satisfaits, et ce, en dépit des résultats thérapeutiques. Les discussions sur les niveaux d'intervention, même s'ils n'ont pas fait l'objet de nombreuses plaintes, ont été un sujet qui a suscité de fortes réactions.

Accessibilité (19,5 %)

L'accessibilité aux soins et services inclut notamment les difficultés d'accès par téléphone et aux spécialistes, les délais relatifs aux tests de diagnostic ainsi que les annulations de rendez-vous et de chirurgies. L'accès par téléphone dans les cliniques de consultation externe et dans certains CLSC, de même que l'obtention de rendez-vous médicaux demeurent une grande source d'insatisfaction. En 2015-2016, les données concernant l'accès téléphonique n'ont pas été enregistrées dans la catégorie des plaintes, mais dans celle de l'assistance, ce qui a contribué en grande partie à la diminution du nombre de plaintes. Toutefois, une augmentation générale du nombre d'insatisfactions concernant l'accès par téléphone a été enregistrée (168 en 2014-2015 par rapport à 203 en 2015-2016). Les annulations d'interventions chirurgicales entrent également dans cette catégorie.

Environnement physique (8,5 %)

Ce motif comprend différents éléments, dont le confort des installations, l'accessibilité pour les personnes handicapées, les objets perdus, le coût du stationnement et la propreté. À l'HGJ, on a noté une augmentation du nombre de plaintes liées aux objets perdus. Ces pertes sont survenues le plus souvent durant les transferts entre unités. Par ailleurs, il y a eu une diminution du nombre de plaintes liées à la propreté, à l'exception d'un site où la propreté des draps et des serviettes a été définie comme préoccupante. Lors de l'ouverture du pavillon K à l'HGJ, certains ont exprimé leur inquiétude quant à l'accès pour les personnes handicapées aux aires communes et au garage, mais les patients et les visiteurs ont souvent fait part de leur satisfaction en ce qui concerne le confort et la qualité des chambres.

Préoccupations d'ordre financier (6,5 %)

Ce volet fait référence aux plaintes relatives aux frais, dont ceux de la chambre ou du téléphone, du transport en ambulance, ceux facturés aux patients non couverts par l'assurance-maladie ainsi que les frais de soins de longue durée. Le nombre de plaintes est demeuré le même. En particulier, les patients sans assurance qui doivent être hospitalisés ou les femmes prêtes à accoucher ont posé des problèmes particuliers en raison de la tarification et des politiques suggérées par le MSSS.

Le bureau de la commissaire est intervenu dans plusieurs situations pour confirmer le droit des patients à recevoir certains documents, même s'ils n'étaient pas couverts par l'assurance-maladie. Il y a également eu des situations où le manque d'informations concernant les répercussions de certains choix — comme les demandes pour une chambre

à un lit ou à deux lits — a conduit à des factures litigieuses. Dans les centres de soins de longue durée et les centres de réadaptation, des préoccupations semblables surviennent surtout quand une personne est temporairement hospitalisée.

Enfin, dans un centre de réadaptation, une plainte a donné lieu non seulement à une révision d'un avantage particulier accordé aux résidents, mais aussi à l'imputabilité des gestionnaires en veillant à ce que les plaintes soient traitées et résolues de manière efficace conformément aux droits des usagers.

Droits particuliers (6,5 %)

Ce sujet porte notamment sur le droit de choisir un établissement ou un professionnel, le droit d'accéder au dossier médical d'un usager, la confidentialité, l'hébergement et les droits linguistiques. On a noté dans l'ensemble une diminution de ce type de plaintes. Toutefois, l'accès au dossier médical dans les cliniques de consultation externe de l'HGJ demeure problématique. En outre, l'accès aux soins prodigués par des membres du personnel et des professionnels incapables de s'exprimer clairement en anglais ou en français a donné lieu à des plaintes. Le réseau a toujours pour obligation de s'assurer de la disponibilité de certains membres du personnel susceptibles de venir à la rescousse des professionnels inaptes à s'exprimer aisément dans l'une des langues officielles. Le problème se pose plus fréquemment en présence de résidents et d'étudiants de l'extérieur du Québec.

Observations et suggestions en matière d'amélioration

1. L'accès par téléphone demeure une source d'insatisfaction majeure pour les usagers qui tentent de joindre un professionnel de la santé. Il importe que le réseau trouve et adopte des solutions comme l'obtention d'un rendez-vous en ligne — une fonction de rendez-vous centralisée qui permet aux usagers de changer, proposer ou confirmer un rendez-vous. De plus, un système d'appels automatisé pour confirmer les rendez-vous pourrait réduire le nombre d'appels dans les cliniques et celui des rendez-vous manqués. L'HGJ notamment offre plusieurs options de messagerie vocale aux patients qui ne parviennent pas à joindre une personne de la clinique. Le réseau devrait implanter une approche normalisée en ce qui concerne les boîtes vocales, y compris un délai cible pour les retours d'appel.
2. La gestion de la douleur des patients de l'Urgence de même que leur incapacité de trouver un soulagement en attendant de subir d'autres examens ont fait l'objet de plusieurs plaintes. Le personnel infirmier au triage et celui à la Zone d'évaluation rapide, ou *Pods*, sont généralement les premiers à voir les patients, mais leur capacité de les aider est limitée, car ils ne peuvent prescrire des antidouleurs. Dans de telles situations, plusieurs plaignants s'en sont pris injustement au personnel infirmier. L'augmentation du nombre de patients au Service de l'urgence prolonge le temps d'attente et contribue à perpétuer ce problème. Le médecin examinateur s'est entretenu de ces préoccupations avec les dirigeants du Service de l'urgence, qui se sont engagés

à examiner leur mode de fonctionnement pour tenter d'optimiser les soins qu'ils prodiguent.

3. Les usagers ont le droit de donner leur consentement éclairé concernant leurs futurs soins, mais cela signifie qu'ils doivent recevoir l'information dont ils ont besoin. Une série de problèmes entrent en ligne de compte, de la chirurgie à la sélection de la chambre. Au cours de la dernière année, des efforts de clarification ont été accomplis concernant le formulaire de demande d'une chambre, les options et leurs implications financières. Depuis l'ouverture du pavillon K, ce problème a considérablement diminué, mais il demeure néanmoins entier aux anciens étages de l'Hôpital. Il importe que l'information soit aussi claire et transparente que possible. Une situation litigieuse est survenue dans le cas d'une personne placée dans une ressource intermédiaire qui continuait d'être financièrement responsable de son lit, malgré son hospitalisation à l'unité des soins de courte durée. Encore une fois, les usagers et leur famille devraient obtenir facilement les renseignements dont ils ont besoin pour comprendre leurs droits et leurs obligations.

Le réseau doit trouver des outils plus efficaces pour fournir ce type d'information. Il peut notamment recourir, notamment, à l'utilisation de brochures, de manuels de l'utilisateur, de trousse d'accueil, du site Web et de séances d'information. Les implications financières pour les patients non couverts par une assurance font partie de cette problématique. Compte tenu des directives du MSSS concernant les tarifs supplémentaires pour les patients non assurés, l'information sur ces coûts devrait être beaucoup plus facilement accessible.

4. Souvent, ce sont les résidents de médecine qui fournissent les soins médicaux durant la nuit, et ce, sans connaître les patients ni même le service. Ils doivent donc consulter les dossiers de soins et dépendent de l'exhaustivité et de la lisibilité des notes de leurs collègues pour bien comprendre la situation du patient. Les résidents et le personnel se retrouvent donc dans une situation de vulnérabilité. Chaque unité clinique devrait examiner sa prise en charge clinique pour s'assurer de répondre aux besoins des patients et donner au personnel de garde l'information dont il a besoin pour fournir des soins dans ces circonstances.
5. Dans un grand nombre de centres, notamment à l'HGJ, les plaintes concernant les délais de réponse après l'activation d'une cloche d'appel sont fréquentes. Or, aucune norme n'existe pour déterminer la validité de ce type de plaintes, souvent causées par les attentes non comblées des patients. Les normes concernant les délais pour répondre à une demande d'assistance, au lieu d'être établies dans l'absolu, devraient servir de baromètre de façon à permettre aux patients de fixer leurs exigences. Cette approche servirait également à évaluer objectivement les plaintes et à établir des objectifs axés sur l'amélioration. Un patient, qu'il soit continent ou pas, doit toujours être encouragé à utiliser les toilettes ou une chaise percée et recevoir de l'aide, le cas échéant. Pour respecter la dignité des usagers, on déconseille fortement de promouvoir l'usage de

sous-vêtements hygiéniques ou d'encourager les patients à se soulager au lit, sauf s'il n'existe aucune autre solution de rechange.

6. Il est difficile d'assurer la continuité des soins dans les unités de soins de courte durée, car le personnel, les résidents, les étudiants en médecine et les médecins traitants effectuent des rotations. De plus, une fois qu'un épisode de soins est terminé — que ce soit à l'Urgence, après l'hospitalisation ou un programme de réadaptation — les usagers pourraient tirer profit d'un résumé écrit de leur épisode de soins, où l'accent serait mis sur le type de suivis dont ils ont besoin. En plus d'aider les patients, ces renseignements pourraient être utiles aux soignants, souvent incapables de décoder les priorités liées au suivi.
7. La communication demeure un élément important dans la prestation des soins de qualité. Elle doit toujours être respectueuse, claire, concise et franche et ouvrir la porte au dialogue. Il importe que la communication continue d'être une priorité essentielle de l'administration du réseau, et que le personnel puisse avoir l'occasion d'améliorer ses compétences au moyen de séances de formation, de supervision et de consultations, qui sont intégrées aux évaluations annuelles.
8. Les droits des parents sont assortis des responsabilités des patients. Le réseau devrait utiliser la *Déclaration des droits, rôles et avantages des patients*, élaborée par le comité des usagers de l'Hôpital général juif, et en faire un modèle applicable dans tous ses sites. L'accent devrait être mis sur la clarification des attentes de l'établissement et des usagers ainsi que sur leurs droits.
9. L'accès aux dossiers médicaux devrait être centralisé et normalisé. Quant à l'information concernant l'accès auquel les usagers ont droit (ou n'ont pas droit), elle devrait être affichée sur le site Web du réseau. Le processus d'accès à ces dossiers devrait également figurer sur le site Web.
10. La perte d'articles personnels est un problème constant dans les unités de soins de courte durée, où le roulement des patients est élevé. En plus d'entraîner des retombées financières pour le centre et pour le patient, la perte d'articles comme des bijoux, des appareils électroniques, des dispositifs médicaux, de l'argent et des vêtements augmente le sentiment d'insécurité des usagers de l'établissement. À cela s'ajoutent les allégations de vol soulevées par certains patients et membres de leur famille. Ces propos placent le personnel et les patients dans une situation de vulnérabilité. La perte d'articles semble plus fréquente durant le transfert d'un usager vers un autre service ou vers un autre site. Le réseau, par le biais de son Service des communications, devrait lancer une campagne multicibles, qui encourage les usagers et leur famille à ne pas garder des objets de valeur dans les établissements. La campagne devrait également favoriser un environnement où la protection des objets personnels devient une responsabilité partagée, et où la vigilance est renforcée.

11. Le soutien et les services destinés aux familles avec des enfants et les besoins particuliers demeurent une source d'insatisfaction. Cela est d'autant plus vrai lorsque les enfants présentent des besoins multiples qui nécessitent des ressources psychiatriques, intellectuelles et physiques pour les aider à réaliser pleinement leur potentiel. Les familles ne devraient pas être obligées de faire des démarches pour obtenir ces services. Elles ont besoin d'être prises en charge et de suivre une trajectoire claire au sein du système. La création du réseau devrait faciliter cette accessibilité aux soins.
12. Discuter des niveaux d'intervention est une affaire délicate même en temps normal. Toutefois, ces discussions surviennent le plus souvent lors de l'hospitalisation imprévue d'un patient. Elles sont souvent provoquées par un médecin ou un résident qui rencontre le patient pour la première fois, à un moment où lui et sa famille sont très anxieux. Les médecins qui assurent le suivi de ces patients dans la communauté ou dans les services de consultation externe sont beaucoup mieux placés pour communiquer avec eux. Il faut donc les encourager à le faire, surtout avec les personnes atteintes d'une maladie grave ou qui met leur vie en danger. Le réseau pourrait aussi offrir une formation à ces intervenants ainsi qu'à tous les médecins sur la manière de mener ce type de discussions avec délicatesse et respect.
13. Les plaintes concernant les accidents comme les chutes ou les erreurs de médication sont généralement traitées par la Gestion des risques. Toutefois, les préoccupations relatives au déroulement de ce processus sont signalées au commissaire. Il semble que, dans plusieurs cas, même si les rapports d'incidents ont été rédigés et l'information, divulguée, une certaine confusion règne au moment de décider qui doit prendre des mesures supplémentaires pour aider les usagers et leur famille. Parmi ces mesures figurent les excuses, les renseignements offerts aux usagers sur les dispositions prises pour éviter la répétition de ce type d'accidents, le soutien aux patients et les options de suivi, le cas échéant. Il est proposé que le réseau procède à un examen du processus de gestion des risques et en informe l'ensemble du personnel en mettant l'accent sur la clarification des responsabilités des membres des équipes de soins et de traitements.
14. Plusieurs plaintes ont porté sur l'annulation d'une chirurgie (qu'elle ait été prévue ou inscrite sur la liste des chirurgies traumatiques), dont certaines liées à des annulations répétées. Les annulations, surtout lorsqu'elles se renouvellent, créent beaucoup d'anxiété et d'insatisfaction chez les patients. Même si ce genre de situation ne peut être évité, la façon la façon de présenter les annulations aux patients, le soutien qui leur est offert et le processus utilisé pour reporter l'intervention permettent d'atténuer la frustration des usagers.

Annexe 1

Personnel de la commissaire aux plaintes

Rosemary Steinberg, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Hanh Vo, commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
Claude Malette, commissaire adjoint par intérim aux plaintes et à la qualité des services
Helen Vassiliou, membre du personnel administratif
Kimberly Dagenais, membre du personnel administratif

Médecins examineurs

Dr Paul Warshawsky
Dr Martin Black
Dr Markus Martin
Dr Rubin Becker
Dr Alexander Motard
Dr Ron Ludman
Dr Stella Adonatos

Annexe 2

Liste des sites inclus dans le rapport

1. Info-Santé
2. Centre de réadaptation MAB-Mackay
3. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
4. Centre gériatrique Donald Berman Maimonides
5. Centre Miriam
6. Centre d'hébergement Father Dowd
7. Centre d'hébergement Henri Bradet
8. CHSLD juif de Montréal
9. Centre d'hébergement St-Andrew
10. Centre d'hébergement St-Margaret
11. CLSC Côte-des-Neiges
12. CLSC de Benny Farm
13. CLSC Metro
14. CLSC de Parc-Extension
15. CLSC René-Cassin
16. CSSS Cavendish
17. CSSS de la Montagne
18. Hôpital Catherine-Booth
19. Hôpital Mount-Sinai
20. Hôpital Richardson
21. Les pavillons LaSalle-Cavendish
22. Hôpital général juif

- 23. Maison Bleue - Côte-des-Neiges
- 24. Maison Bleue - Parc-Extension
- 25. Maison de naissance Côte-des-Neiges
- 26. Manoir Renaissance
- 27. Point de service Outremont
- 28. Résidence Solomon (Le Boulevard)
- 29. Ressource de la Montagne
- 30. Site Plaza

ANNEXE 5 : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2015-2016**CHAPITRE III : LES ATTENTES SPÉCIFIQUES 2015-2016**

Ce chapitre est prévu pour permettre à certaines directions générales du MSSS d'identifier des attentes spécifiques pour un établissement. De plus, dans le but d'assurer l'efficacité de la mise en place 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, des attentes spécifiques en lien y ont été intégrées.

Tous les biens livrables de ce chapitre doivent être transmis dans la boîte courriel des EGI : ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca.

MISE EN ŒUVRE DE LA LOI**Procédures internes du conseil d'administration (CA)**

Considérant que chaque CA précédant la fusion possédait des règlements ou procédures qui lui étaient propres, il est nécessaire de réviser les procédures que le CA compte utiliser dans le cadre de ses fonctions. La liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision doit être transmise au MSSS le 31 mars 2016.

Mise en place de différents comités exécutifs

La mise en place de différents comités exécutifs transitoires doit se faire pour favoriser le bon fonctionnement de ceux-ci. Au plus tard le 30 juin 2015, l'établissement devra fournir la liste de ses membres pour les comités exécutifs transitoires des conseils suivants :

- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Conseil des infirmiers et des infirmières;
- Conseil multidisciplinaire.

De plus, le conseil multidisciplinaire et le conseil des infirmiers et des infirmières doivent assumer de nouvelles responsabilités qui étaient auparavant assumées par les comités régionaux.

Examen des plaintes

- L'établissement doit adopter un processus pour l'examen des plaintes, pour tenir compte des nouvelles responsabilités du commissaire aux plaintes;
- Le processus d'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien doit être mis à jour;

Au plus tard le 1^{er} septembre 2015, les processus adoptés doivent être transmis au MSSS.

Accès à l'information

Afin de se conformer à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, l'établissement doit nommer un responsable de l'accès à l'information et transmettre son nom au MSSS au plus tard le 30 juin 2015.

Coordination des réseaux locaux de santé et de services sociaux

L'établissement a la responsabilité d'assumer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de santé (RLS) et de services sociaux compris dans son réseau territorial de santé et de services sociaux (RTS). La liste des activités ayant été réalisées au cours de l'année dans ce but devra être présentée au MSSS le 31 mars 2016.

Privilèges des médecins et des dentistes

L'établissement doit faire la mise à jour des privilèges des médecins et des dentistes pour prévoir les installations de l'établissement, ou le cas échéant, de l'établissement regroupé, pour lesquelles ils sont accordés. Une lettre de confirmation de la réalisation de cette activité doit être transmise au MSSS au plus tard le 31 mars 2016.

Nomination des pharmaciens

L'établissement doit faire la mise à jour des nominations des pharmaciens pour prévoir les installations de l'établissement, ou le cas échéant, de l'établissement regroupé, pour lesquelles elles sont accordées. Une lettre de confirmation de la réalisation de cette activité doit être transmise au MSSS au plus tard le 31 mars 2016.

Programme d'accès en langue anglaise

L'établissement doit mettre à jour ou élaborer un nouveau programme d'accès en langue anglaise qui tient compte des nouvelles exigences. Ce programme doit, entre autres, identifier les services accessibles en langue anglaise ainsi que les installations dans lesquelles ils sont dispensés. Au plus tard le 15 septembre 2015, le programme doit être transmis au MSSS.

Assurance de la responsabilité civile

L'établissement doit fournir au MSSS une preuve d'assurance de la responsabilité civile pour les actes dont il peut être appelé à répondre, qu'il soit représenté par un groupe d'approvisionnement en commun visé à l'article 383 de la LSSSS ou non, au plus tard le 30 juin 2015.

Ressources humaines des établissements regroupés

L'établissement qui administre un établissement regroupé doit établir la liste des ressources humaines indiquées pour y travailler. Une lettre de confirmation de la réalisation de cette activité doit être transmise au MSSS au plus tard le 1^{er} septembre 2015.

SANTE PUBLIQUE

Priorités régionales en matière de prévention

Dans le but de prévenir les maladies chroniques en agissant sur les déterminants de la santé, les trois cibles suivantes ont été inscrites à la Planification stratégique 2015-2020 du MSSS :

- Réduire la proportion de fumeurs de 12 ans et plus à 16 %;
- Augmenter la proportion de la population consommant 5 fois par jour ou plus de fruits et légumes à plus de la moitié, soit 50 %;
- Augmenter la proportion de jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports à 51 %.

L'établissement doit prendre les moyens pour favoriser l'atteinte de ces cibles nationales et fournir des bilans qualitatifs des moyens retenus à cette fin.

Les bilans qualitatifs doivent être réalisés à l'aide des gabarits qui seront fournis par le MSSS le 30 septembre 2015, et comprendre un descriptif des activités réalisées pour chacune des cibles. Ils doivent être déposés au plus tard le 31 mai 2016 au MSSS.

SERVICES SOCIAUX**1. Services sociaux généraux****Offre de services sociaux généraux**

La mise en œuvre de travaux visant l'actualisation des orientations au regard de l'offre de services sociaux généraux, en particulier de terminer le déploiement d'un service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), s'inscrit en cohérence avec ces orientations et en continuité avec le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS. Un état de situation devra être transmis au plus tard le 15 avril 2016.

2. Jeunes et leur famille

L'objectif à l'égard des jeunes en difficulté et leur famille prévu dans le plan stratégique 2015-2020 est de diminuer le taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des motifs de négligence. Le taux moyen provincial des dernières années est de 10,34 sur 1000 jeunes et la cible nationale à atteindre pour 2020 est de 10 jeunes par 1000.

L'atteinte de cet objectif sera rendue possible dans la mesure où les familles aux prises avec une problématique de négligence recevront des services appropriés en temps opportun. Ainsi, l'amélioration des délais d'accès ainsi que la continuité et de la complémentarité entre les services de protection de la jeunesse et les services de première ligne, de même que la consolidation des programmes d'intervention en négligence sont autant d'éléments pouvant contribuer à l'atteinte de cet objectif.

Dans ce contexte, l'établissement devra soutenir la consolidation des programmes d'intervention en négligence dans l'ensemble de son territoire et s'assurer que chacun des programmes locaux implantés fasse l'objet d'un plan visant la bonification de ses composantes. Ce plan, échelonné sur une période maximale de deux ans, devra permettre de conférer le statut de « reconnu efficace » ou « prometteur » à chacun des programmes, selon les exigences établies dans le formulaire de reddition GESTRED n° 805. Les grilles pour chacun des programmes, découlant du formulaire de reddition GESTRED n° 805, devront avoir été validées au plus tard le 31 mai 2016.

3. Personnes ayant une déficience**Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité**

Le Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) constitue un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience mis en place par la Direction des personnes ayant une déficience (DPAD) en 2008. L'établissement devra compléter le gabarit qui sera fourni par le MSSS d'ici le 30 septembre 2015 et transmettre ce dernier au plus tard le 31 mai 2016.

Ententes de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme

Les ententes de collaboration favorisent un meilleur arrimage entre les établissements pour éviter des ruptures de services. Ces ententes sont identifiées dans plusieurs orientations ministérielles comme étant un moyen important d'améliorer l'offre de service à la clientèle, notamment dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience et dans le cadre des actions structurantes nationales et prioritaires du bilan en déficience physique, en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.

Toute entente de collaboration signée avec un autre établissement pour la clientèle ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme doit être transmise au plus tard le 31 mai 2016.

4. Programme-services Dépendances

En préparation de l'élaboration des nouvelles orientations en dépendance et dans le cadre de la consolidation du déploiement de l'offre de service en dépendance, le MSSS effectue des travaux afin d'assurer la mise en œuvre des actions structurantes prioritaires retenues au regard de deux volets spécifiques de l'offre de service en dépendance dans l'ensemble des régions du Québec : la consolidation des services de première ligne en dépendance sous la responsabilité des établissements ainsi que l'accès aux services de santé pour les usagers de l'offre de service en dépendance.

Concernant la consolidation des services de première ligne en dépendance, il est attendu que les établissements complètent dans GESTRED l'outil de reddition de comptes en lien avec l'indicateur du plan stratégique 2015-2020 du MSSS portant sur le taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance. Cet indicateur fait partie des indicateurs expérimentaux en 2015-2016.

Relativement à l'accès aux services de santé pour les usagers de l'offre de service en dépendance, l'action structurante prioritaire consiste en la mise en place d'une structure de transfert de connaissances et de diffusion des meilleures pratiques destinée aux professionnels oeuvrant en dépendance. La contribution attendue des établissements sera de collaborer au déploiement de cette mesure au cours de 2015-2016 et les directeurs concernés des établissements devront assurer le suivi des exigences transmises dans le cadre des rencontres de la Table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance.

5. Personnes âgées (programme-services soutien à l'autonomie des personnes âgées)

Le repérage des personnes âgées de 75 ans et plus

Conformément aux recommandations du Vérificateur général du Québec, le repérage des personnes âgées de 75 ans et plus est essentiel pour identifier les personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie. Le repérage de ces personnes doit se faire à l'aide de l'outil PRISMA 7 ou ISAR et être systématisé à l'urgence des hôpitaux (24/7) pour la clientèle non connue du soutien à domicile (SAD). Des mécanismes de liaison entre les hôpitaux et les équipes du SAD doivent être convenus et fonctionnels.

Dans le cadre de la reddition de comptes, un état de situation concernant le repérage est demandé pour le 31 mai 2016 et devra inclure :

- les modalités mises en place pour s'assurer de la systématisation du repérage;
- le nombre d'usagers de 75 ans et plus repérés à l'urgence;
- le nombre de personnes repérées «positif» pour lequel un suivi a été effectué.

L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public

Conformément aux recommandations du Vérificateur général du Québec et du Protecteur du citoyen, la pertinence des services offerts aux usagers repose notamment sur l'évaluation de ses besoins et l'élaboration d'un plan d'intervention convenu avec la personne et/ou ses proches. À cet égard, poursuivre au cours de l'année 2015-2016, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), l'évaluation à jour des usagers hébergés dans des lits d'hébergement permanent de CHSLD public. Toute personne hébergée ayant une évaluation à jour devra également avoir un plan d'intervention convenu avec la personne et/ou ses proches.

Le suivi de l'évaluation et des plans d'intervention des personnes en CHSLD public se fera à l'aide d'un formulaire dans l'application GESTRED à la P6 et à la P13. Dans le cadre de la reddition de comptes, un état de situation sur les résultats obtenus est demandé pour le 31 mai 2016. Celui-ci devra préciser les éléments suivants :

- justification de l'écart entre le pourcentage d'évaluations ciblées et le pourcentage d'évaluations réalisées;
- justification de l'écart entre le pourcentage d'évaluations à jour et le pourcentage de plans d'intervention;
- identification des mesures qui seront mises en place pour l'atteinte des cibles.

Le respect des balises à l'admission en CHSLD

Les lits en CHSLD doivent être réservés aux personnes qui en ont le plus besoin dans le but d'en assurer une utilisation efficiente au sein du continuum des services de soutien à l'autonomie. Pour ce faire, des balises de l'admissibilité en CHSLD selon les profils ISO-SMAF ont été diffusées dans le réseau. Ainsi, pour l'exercice 2015-2016, poursuivre les actions nécessaires visant à respecter notamment l'orientation émise afin que 85 % des nouvelles personnes admises dans des lits d'hébergement permanent en CHSLD présentent un profil ISO-SMAF allant de 10 à 14.

Dans le cadre de la reddition de comptes, un état de situation concernant le résultat des profils à l'admission de ces clientèles est demandé pour le 31 mai 2016. Celui-ci devra préciser les éléments suivants :

- justification de l'écart entre l'orientation émise et le résultat déclaré;
- identification des mesures qui seront mises en place pour l'atteinte des cibles.

SERVICES DE SANTE ET MEDECINE UNIVERSITAIRE

L'accès aux services spécialisés

L'accès aux services médicaux spécialisés étant une priorité ministérielle, il est nécessaire que l'établissement coordonne les actions visant à améliorer ces services.

Au 22 avril 2015, lors du dépôt de la phase II du cahier de charge, le MSSS a signifié à chacun des présidents-directeurs généraux des établissements, la liste de livrables à réaliser ainsi qu'un échéancier pour chacun des domaines suivants :

- L'accès à la chirurgie;
- L'accès aux services diagnostiques et thérapeutiques;
- L'accès à la consultation spécialisée;

Un suivi des actions devra être réalisé par le responsable de l'accès de l'établissement. Un gabarit de fiche de suivi sera transmis par le MSSS le 7 mai 2015, celui-ci permettra d'identifier :

- L'état d'avancement des actions proposées par la DMA;
- Les indicateurs requis au suivi du plan d'action;
- Les grandes étapes requises à la réalisation;
- Les échéanciers;
- Les partenaires impliqués.

La fiche de suivi, dûment complétée, doit être transmise au MSSS au plus tard le 1^{er} septembre 2015. De plus, une mise à jour de cette fiche devra être effectuée aux dates suivantes : 1^{er} décembre 2015 et 2 mars 2016. Suite au dépôt de la fiche et de chacune de ses mises à jour, une conférence téléphonique aura lieu aux fins de suivi.

L'accès aux services ambulatoires en santé mentale

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens (MSSS 2005) établit des normes de délais d'accès à tous les services ambulatoires de santé mentale, tant pour les jeunes que pour les adultes. Ainsi, toute personne devrait avoir accès à un traitement de première ligne en santé mentale ou à un traitement dans un service spécialisé de psychiatrie à l'intérieur de 30 jours ou de 60 jours respectivement.

Dans le cadre de la reddition de comptes, le formulaire GESTRED 33 doit être complété à la P6 et à la P13, au regard de la liste d'attente, comprenant :

- Le nombre d'usagers en attente;
- La valeur maximale parmi les délais d'attente;
- Le nombre de cas hors délai.

Accès aux services de première ligne

S'assurer d'appliquer et de faire respecter les modalités prévues au nouveau cadre de gestion des GMF qui sera disponible en cours d'année. Poursuivre le déploiement des GMF par le développement de nouveaux GMF ou par l'ajout de site clinique à des GMF existants.

De façon plus spécifique, en 2015-2016, pour les établissements qui ont sur leur territoire une unité de médecine de famille (UMF) ou un site CLSC (avec des médecins ayant une pratique de première ligne) qui ne sont pas GMF :

- effectuer la migration d'au moins une UMF vers le modèle GMF (accréditation d'un nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF déjà existant);
- accréditer un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (comportant des médecins ayant une pratique de première ligne);
- accréditer un nouveau GMF;

La responsabilité de l'établissement est de :

1. Soumettre et mettre à jour les recommandations d'accréditation et de renouvellement des GMF au MSSS en conformité avec les lignes directrices émises par ce dernier;
2. S'assurer de la conformité du Répertoire des ressources à l'offre de service réelle des GMF.

De plus, le suivi se fait en continu tout au long de l'année, par l'entremise d'une lettre qui vient confirmer à chaque date d'échéance, l'accréditation ou le renouvellement ainsi que le financement accordé par le MSSS.

Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébralAméliorer l'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC)

L'établissement a la responsabilité de développer son continuum AVC sur son territoire. La première étape de la mise en œuvre vise la phase hyper aiguë et aiguë (préhospitalier – reconnaissance des symptômes, urgence – diagnostic précoce et hospitalisation – plan de traitement et de réadaptation).

L'établissement doit transmettre un état de situation au plus tard le 31 mars 2016 sur l'avancement de la mise en œuvre du plan d'action régional en AVC qui présente, notamment, le modèle d'organisation de services régionale en AVC, la trajectoire de réadaptation spécifique à l'AVC, ainsi que les différentes phases du continuum.

Soins palliatifs de fin de vie

La Loi 2 prévoit un rehaussement de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) qui repose, notamment sur une organisation intégrée, efficace et la plus ajustée possible quant à l'accompagnement des personnes qui requièrent de tels soins. Les SPFV comprennent les soins palliatifs, y compris la sédation palliative continue, de même que l'aide médicale à mourir.

De plus est attendue la poursuite de l'actualisation de la Politique de soins palliatifs de fin de vie particulièrement sous l'angle d'un accès accru aux différents types de ressources. Sont également visés le rehaussement des soins palliatifs à domicile et la continuité dans les trajectoires de soins. Une perspective d'inclusion des maladies autres que le cancer, d'une assurance de la qualité des services offerts et du développement des compétences des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux est aussi prévue.

L'établissement doit se conformer aux exigences de la Loi 2 en vigueur au 10 décembre 2015, soit :

- par l'élaboration d'une politique relative aux soins de fin de vie d'établissement qui tient compte des orientations ministérielles et des principaux éléments de la Loi, notamment, au regard des soins palliatifs, des directives médicales anticipées et l'aide médicale à mourir;
- par la mise en place d'un programme clinique des soins de fin de vie devant figurer dans le plan d'organisation de l'établissement;
- par la mise à jour du code d'éthique de l'établissement pour y inclure les droits des usagers;
- en s'assurant de la formation du personnel au regard des nouvelles modalités la Loi;
- par la mise à jour des ententes existantes avec les maisons de soins palliatifs de leur territoire.

D'ici le 31 mars 2016, en complément :

- S'assurer de la formation des préposés aux bénéficiaires œuvrant en CHSLD comme prévu dans le plan de développement des compétences en SPFV du personnel du réseau.

Une lettre confirmant la réalisation de tous ces biens livrables doit être transmise au MSSS au plus tard le 10 novembre 2015.

Continuum de services en cardiologie (suivi)

Améliorer la prise en charge des patients victimes d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST

L'établissement doit collaborer avec le MSSS et se réseauter afin de permettre à la clientèle victime d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST d'avoir accès aux traitements appropriés dans les délais recommandés et conformément aux pratiques optimales. Deux études (ÉTIAMEST I et II) ont d'ailleurs fait l'objet de présentations auprès de toutes les régions concernées.

Pour ce faire, des plans d'action doivent être élaborés ou mis à jour, et contenir, notamment, les informations suivantes :

- moyens mis de l'avant pour améliorer la performance des services préhospitaliers d'urgence (chronométrie et processus d'acheminement des patients vers les centres hospitaliers de destination);
- moyens mis de l'avant pour amélioration de la performance (chronométrie et choix thérapeutiques) des services hospitaliers d'urgence et d'hémodynamie d'urgence;
- mise à jour de la formation de base et de la formation continue;
- participation aux évaluations terrain (participation à ÉTIAMEST III de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]), suivi, rétroaction et transfert des connaissances en réaction à ÉTIAMEST II;
- ententes inter établissements démontrant le cheminement de la clientèle à travers le réseau.

Les plans d'action doivent être transmis au MSSS pour le 15 février 2016.

Douleur chronique (suivi)

Poursuite de la mise en place d'un réseau hiérarchisé de gestion de la douleur chronique

L'établissement a la responsabilité de développer une offre de services de prise en charge de la douleur chronique sur son territoire, plus particulièrement l'identification de ses installations capables d'assumer les soins et services de deuxième ligne pour la région et les liens avec les services de première ligne.

Un plan d'action triennal doit être élaboré, selon le gabarit fourni par le MSSS d'ici le 1^{er} juillet 2015 et contenir notamment les informations suivantes :

- l'organisation de l'offre de service en douleur chronique et la répartition sur le territoire, en portant une attention particulière à l'inclusion des maladies autres que cancéreuses;
- le suivi des projets en soutien au développement et à la consolidation du centre régional en gestion de la douleur chronique;
- les corridors de services et les ententes interrégionales si nécessaires pour une desserte optimale de la clientèle.

Le plan d'action doit être transmis au MSSS au plus tard le 15 décembre 2015.

FINANCES, IMMOBILISATIONS ET BUDGET

Stratégie québécoise d'économie d'eau potable

L'établissement devra poursuivre la mise en œuvre des phases 1 et 2 du programme d'amélioration de l'efficacité de la consommation d'eau potable dans les établissements du RSSS.

La mesure de l'état d'avancement pour la mise en œuvre des phases 1 et 2 qui doit comprendre : les critères essentiels d'organisations (Groupe A), les critères techniques à fort potentiel (Groupe B), les autres critères techniques (Groupe C) et le mesurage de la consommation d'eau potable se fera par l'intermédiaire du formulaire GESTRED n° 630 à la fin de la période P10.

COORDINATION

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

La responsabilité de la coordination du Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année 2015-2016. Le Réseau d'expertise est maintenant dans une phase de suivi et d'accompagnement des régions, mais surtout dans une phase de développement et de rayonnement de l'expertise. Ainsi, en respect de sa désignation à titre d'institut universitaire pour son expérience et son expertise auprès des communautés ethnoculturelles, il reviendra à l'établissement de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances. Il devra également assurer un rayonnement et exercer un leadership à l'échelle nationale.

Un plan de travail devra être déposé le 15 mai 2015 pour lequel un gabarit sera fourni par le 30 avril 2015. Ensuite, trois rencontres avec le MSSS seront demandées en cours d'année financière, soit aux mois suivants : mai 2015, octobre 2015 et janvier 2016. Un calendrier de ces rencontres, ainsi que les ordres du jour devront être fournis par l'établissement. Enfin, ce dernier aura à produire un bilan des activités le 31 mars 2016 pour lequel un gabarit sera fourni le 31 janvier 2016.

Politique ministérielle de sécurité civile

En cohérence avec les objectifs de la Politique ministérielle de sécurité civile – Santé et Services sociaux adopté en mars 2014, le MSSS s'attend, à ce que l'établissement :

- désigne et maintienne une personne responsable qui assure la coordination en sécurité civile pour l'établissement en effectuant les liens nécessaires avec la Direction de la coordination et de la sécurité civile du MSSS, entre les différents acteurs de son organisation ainsi qu'avec les partenaires de sécurité civile;
- maintienne, au sein de l'établissement, une instance de coordination active en sécurité civile, dans le but d'assurer un leadership de coordination. Cette instance doit regrouper des représentants des différents volets et/ou secteurs d'activités tels que le préhospitalier d'urgence, l'hospitalier, la santé de première ligne, le psychosocial, la santé publique, les communications, les ressources humaines, les ressources matérielles, les ressources informationnelles, etc.;

L'établissement devra présenter les résultats attendus aux attentes exprimées par le MSSS à l'aide du formulaire GESTRED conçu à cet effet à la P7 et à la P13 de l'année financière 2015-2016. Il devra également y joindre les documents suivants : le calendrier des rencontres, le plan de travail et la composition de l'instance de coordination en sécurité civile de l'établissement qui identifie les différents volets ou secteurs d'activités représentés.

PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITE

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Le ministre a la responsabilité de constituer et de maintenir à jour, à partir du contenu des registres locaux visés à l'article 183.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux.

Dans le même esprit, l'établissement a l'obligation légale d'alimenter et de maintenir à jour le registre local des incidents et accidents, à partir desquels est constitué le Registre national.

Ainsi, l'établissement devra assurer un suivi étroit auprès des installations sous sa responsabilité pour garantir une déclaration complète et continue des accidents/incidents et offrir un accompagnement personnalisé aux installations en défaut pour identifier des solutions durables.

Pour le rapport à paraître à l'automne de chaque année, tous les événements indésirables survenus entre le 1^{er} avril et le 31 mars doivent être saisis au plus tard le 15 juin de chaque année.

Un état de situation est attendu pour le 30 avril 2016. À cet effet, un gabarit sera fourni par le MSSS d'ici le 30 septembre 2015. L'ensemble des états de situation permettra par la suite de faire un état de situation ministériel.

L'établissement devra aussi s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel, publié en octobre 2014, en réponse aux recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.

Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que le ministre apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux (article 431, paragraphe 13) et que les établissements participent à l'évaluation du fonctionnement général du système de services de santé et de services sociaux (article 107).

De plus, l'établissement doit s'assurer, conformément à l'article 71, paragraphe 11 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, de rendre compte de sa gestion en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus. Les modalités d'évaluation seront transmises à l'établissement en cours d'année.

Pour ce faire, en 2015-2016, l'établissement doit réaliser un état de situation en remplissant le sondage en ligne préparé par le MSSS pour le 8 janvier 2016. En complément de cet état de situation, une analyse sommaire de la performance globale ainsi que des propositions de pistes d'amélioration pour la prochaine année doivent être transmises, lorsque requises.

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION**Dossier de santé du Québec (DSQ)**

Au cours de l'année 2015-2016, le déploiement du DSQ se poursuit dans l'ensemble du territoire québécois pour les domaines suivants :

Imagerie médicale

Poursuivre l'alimentation au DSQ en assurant la phase de transition du RID 1.0 vers le RID 2.0 des départements d'imagerie médicale.

Pour ce faire, les travaux suivants devront être réalisés 30 juin 2015 :

- Collaborer aux travaux de rehaussement des spécifications d'intégration au domaine d'imagerie (interfaces HL7);
- Déploiement de l'engin d'interface DSQ-i;
- Participer aux travaux de migration des données vers le nouveau RID.

Déploiement des outils de consultation

- Compléter le déploiement des outils de consultations DSQ dans les cliniques privées déployables (CMO et CMS) au plus tard le 31 décembre 2015.
- Finaliser le recensement des sites de deuxième ligne (CHSLD, Centre Jeunesse, Centre de réadaptation, Maison de soins palliatifs et autres sites inscrits au registre des entités légales-M02) et réaliser le déploiement des outils de consultation DSQ dans ces sites, selon le besoin, au plus tard le 31 décembre 2015.
- Poursuivre la remise des dispositifs d'accès au DSQ auprès des intervenants autorisés de votre territoire afin d'atteindre la cible de 9120 utilisateurs prévus à l'entente de gestion régionale au plus tard le 30 juin 2015.
- Contribuer à la rédaction et à la finalisation des biens livrables associés au déploiement du DSQ, incluant la demande de réclamation au plus tard le 31 mars 2016.

Dossier clinique informatisé (DCI)

Le DCI est un outil de gestion de l'information présenté dans une interface simple et transparente, utilisée par les cliniciens et intervenants de la santé habilités à documenter, surveiller et gérer la prestation des soins, des services et ses résultats. Il est le reflet fidèle de l'ensemble des soins et services qui sont prodigués à l'utilisateur et de tout événement le concernant dans son continuum de services au sein de l'établissement. Le DCI est plus que l'équivalent du dossier médical : il soutient le partage de l'information de façon concrète et la livraison des soins et services au client, peu importe son lieu de réalisation au sein de l'établissement.

À cet effet, l'établissement devra produire un plan, dont le gabarit sera fourni par le MSSS le 1^{er} octobre 2015, pour la mise en place d'un DCI pour le 1^{er} juin 2015.

Dossier médical électronique (DME)

L'entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) concernant le déploiement des DME et du DSQ a été signée en août 2012. Le 4 novembre 2012, le ministre annonçait le Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADMÉ) doté d'une enveloppe de 60 M\$ sur quatre ans. L'objectif national du programme pour 2015-2016 est l'adhésion d'un total de 5 200 médecins et 1 000 infirmières.

L'établissement doit accompagner les cliniques privées, les GMF et les UMF de son territoire pour faciliter leur adhésion et la gestion du changement. Pour ce faire, il a la responsabilité de :

1. Procéder à la nomination d'un responsable DME pour le 1^{er} juin 2015.
2. Produire un plan de soutien pour l'adoption et le suivi de l'utilisation des DME pour le 1^{er} septembre 2015.

Rehaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)

Au cours des années à venir, le ministère souhaite rehausser la qualité des renseignements identificatoires des usagers du secteur de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, il compte s'appuyer sur une révision des processus d'identification, une normalisation des renseignements identificatoires, la normalisation des index patients organisationnels et l'utilisation du registre des usagers comme source autoritaire de l'identification des usagers.

Au cours de l'année 2015-2016, le déploiement des IPO se poursuit dans l'ensemble du territoire québécois. À ce propos, l'établissement devra déposer le plan d'évolution du rehaussement de l'identification des usagers et de l'IPO arrimé au registre des usagers pour le 30 septembre 2015. Un gabarit sera fourni par le MSSS le 1^{er} juin 2015.

La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles

Les conditions et modalités relatives aux outils de gestion, déterminées dans le cadre de gestion du Plan de gestion en ressources informationnelles (PGRI) établi dans la circulaire 2012-021 (03.02.30.15), doivent être respectées. Chaque projet doit faire l'objet d'une déclaration et d'une autorisation ministérielle préalable aux appels d'offres et à la réalisation.

Au cours de 2015-2016, les documents suivants devront être produits :

1. La planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI 2016-2019) pour le 30 avril 2015.

2. La programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles (PARI 2015-2016) pour le 30 avril 2015.
3. Le bilan annuel des réalisations en ressources informationnelles (BARRI 2014-2015) pour le 30 juin 2015.
4. Un état de santé des projets (ESP) au 31 mars 2015 pour le 30 avril 2015 et un ESP au 30 septembre 2015 pour le 31 octobre 2015.

Regroupement des ressources informationnelles

Dans le cadre de la mise en place d'une gouvernance unifiée, les plans demandés par le sous-ministre ont été déposés par la grande majorité des régions. Cette mesure prenait appui sur l'objectif gouvernemental de retour à l'équilibre budgétaire et des efforts financiers demandés au réseau de la santé et des services sociaux en optimisant les façons de faire et en privilégiant le partage et la mise en commun du savoir-faire, de l'information, des infrastructures et des ressources.

Au cours de 2015-2016, les documents suivants devront être produits :

1. Documenter l'état des lieux (revue diligente) de la situation des RI sous la responsabilité de votre établissement comprenant notamment l'identification des impératifs de mises en commun des RI de l'établissement ainsi que les opportunités de mise en commun avec d'autres établissements. Transmettre le document au MSSS d'ici le 1^{er} septembre 2015.
2. Élaborer le plan d'action pour le regroupement des RI au sein de l'établissement ainsi qu'avec d'autres établissements, comprenant l'estimé des économies annuelles potentielles générées par les mises en commun, pour les trois prochaines années. Transmettre le document au MSSS d'ici le 31 octobre 2015.

Mise à niveau d'infrastructures technologiques

Terminer la mise à niveau des postes de travail (Windows, IE, Office, Lotus Notes) pour le 31 mars 2016. À partir du 1^{er} avril 2016, aucun poste Windows XP ne pourra être relié au réseau informatique du RSSS.

Sécurité de l'information

Participation au Réseau d'alerte

Assurer la participation du RSSS dans la mise en œuvre d'un réseau d'alerte optimal permettant la déclaration des incidents de sécurité, une prise en charge rapide et concertée, ainsi que des communications adéquates.

En continuité de l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015, l'établissement doit assurer la mise en œuvre de la règle particulière concernant la gestion des incidents de sécurité de l'information et des recommandations associées aux travaux du Réseau d'alerte 2014-2015. Confirmer la fin des travaux de mise en œuvre au plus tard le 31 mars 2016.

CHAPITRE IV : LES ENGAGEMENTS DU CIUSSS EN FONCTION, NOTAMMENT, DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020 DU MSSS

Le présent chapitre livre le résultat des échanges entre le MSSS et le CIUSSS concernant des objectifs à atteindre en mars 2016 dont ceux du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS. Les orientations du Plan stratégique du MSSS sont les suivantes :

- favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé;
- offrir des services et des soins accessibles, fluides et de qualité au bénéfice des usagers;
- implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement.

Le tableau qui suit présente, selon les secteurs d'activités, les indicateurs mesurant les objectifs ainsi que les résultats que le CIUSSS s'engage à atteindre pour le 31 mars 2016. Dans le cas où l'indicateur fait partie du Plan stratégique, on y retrouve également les objectifs du Plan ainsi que les cibles à atteindre pour 2020.

Veuillez noter que pour les indicateurs qui regroupent des sous-indicateurs, soit les indicateurs 1.45.45.02, 1.45.45.03, 1.45.04, 1.09.32.00, 1.09.34.00, 1.09.35.00, 1.09.36.00 et 1.09.37.00, seuls les engagements de ces indicateurs globaux sont présentés dans l'EGI. Toutefois, des engagements distincts sont demandés pour chacun des sous-indicateurs. Pour les consulter, veuillez vous référer au formulaire n°910 de l'application GESTRED.

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2015-2016	CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT	OBJECTIFS DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE
Santé publique			
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	79,0	NA	
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90,0	NA	
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	85,0	NA	
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	100,0	ND	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100,0	ND	
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100,0	NA	
1.01.24-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des jeunes de 15 à 24 ans	452	ND	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2015-2016	CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT	OBJECTIFS DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	100,0	NA	
Services généraux			
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	90,0	NA	
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)			
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100,0	ND	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale <i>Note : Pour 2015-2016, le MSSS préconise au minimum un maintien des résultats atteints l'an passé en ce qui concerne le degré d'implantation du RSIPA de chaque RLS de votre territoire. Pour cette raison, la valeur« ND » (non disponible) a été inscrite, ce qui signifie qu'aucun engagement chiffré n'a pu être déterminé, mais qu'il sera éventuellement ajouté, en l'occurrence en 2016-2017.</i>	0,00	ND	
Soutien à domicile de longue durée			
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	6 042	ND	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90,0	ND	
Déficiences			
1.45.45.02-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	90,0	NA	
1.45.45.03-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90,0	NA	☐
1.45.45.04-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	90,0	NA	☐
Santé mentale			

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2015-2016	CIBLES 2020 ÉTABLISSEMENT	OBJECTIFS DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	162	ND	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	72	ND	

Santé physique-Urgence			
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,00	ND	5. Réduire le temps d’attente à l’urgence
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	61,6	ND	
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	55,6	ND	
Santé physique-Soins palliatifs et de fin de vie			
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	621	ND	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	52	ND	
Santé physique-Cardiologie tertiaire			
1.09.08A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	100,00	NA	
1.09.08B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	90,00	NA	
1.09.09A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	100,00	NA	
1.09.09B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	90,00	NA	
Santé physique-Services de première ligne			
1.09.25-PS Nombre total de GMF accrédités	11	ND	4. Améliorer l'accès aux soins et services professionnels de première ligne
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	58,0	ND	
Santé physique-Chirurgie			
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	0	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90,0	90,0	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100,0	NA	
Santé physique-Imagerie médicale			
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente de moins de trois mois pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	90,0	100,0	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables
1.09.35.00-EG2 Pourcentage des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	90,0	NA	

1.09.36.00-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	90,0	NA	
1.09.37.00-EG2 Pourcentage des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	90,0	NA	
Hygiène et salubrité			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	NA	
Ressources humaines			
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance-salaire	4,19	ND	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,37	ND	
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante	5,79	ND	

NA : ne s'applique pas.
ND : non disponible, une valeur sera éventuellement ajoutée.