

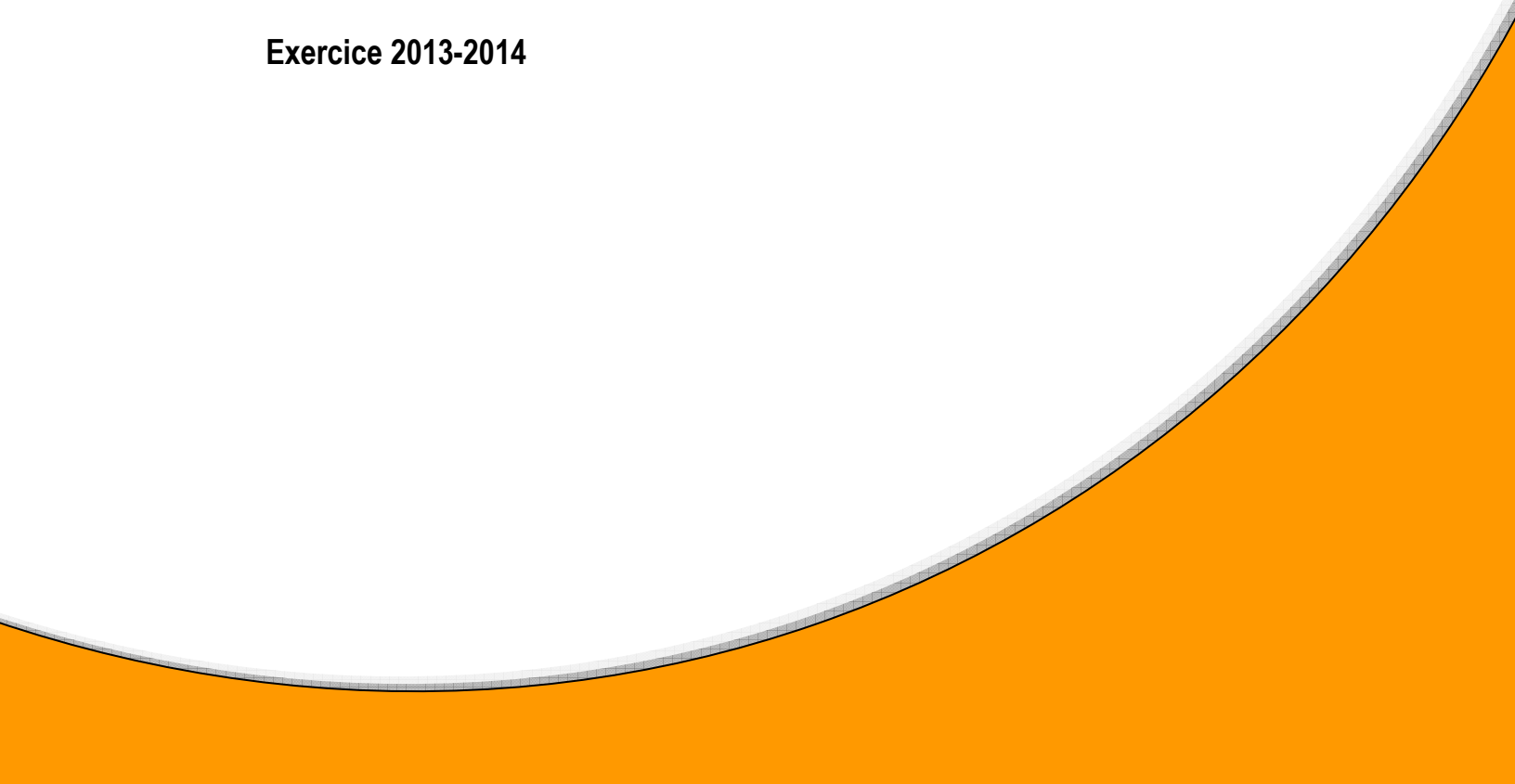
Centre de santé et de services sociaux
de l'Ouest-de-l'Île
West Island
Health and Social Services Centre



CSSS de l'Ouest-de-l'Île

Rapport annuel de gestion

Exercice 2013-2014



Ce document a été produit par le Service des communications
du CSSS de l'Ouest-de-l'Île.
communications.csss@ssss.gouv.qc.ca

Juin 2014

TABLE DES MATIÈRES

1) MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	4
2) DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	5
3) RAPPORT DE LA DIRECTION	6
4) PRÉSENTATION DU CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE	7
5) ACTIVITÉS DU CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE	14
Faits saillants par direction	18
DIRECTION GÉNÉRALE SECTEURS RELEVANT DE L'ADJOINTE AU DIRECTEUR GÉNÉRAL SERVICE DES COMMUNICATIONS	
DIRECTION SERVICES DE PROXIMITÉ ET HÉBERGEMENT DIRECTION SANTÉ PHYSIQUE DIRECTION SANTÉ MENTALE ET SERVICES SPÉCIFIQUES DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS DIRECTION RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL	
DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES DIRECTION DES FINANCES SERVICE DE L'INFORMATIQUE	
6) CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	55
7) ÉTATS FINANCIERS	63
ANNEXE 1 – Tableau des ententes de gestion 2013-2014.....	74
ANNEXE 2 – Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration	80

1) MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

L'année 2013-2014 en est une de transition et ce sont certainement les petits pas qui la caractérisent. En effet, en tout juste un an, force est de constater que le CSSS de l'Ouest-de-l'Île (ODI) a fait bien du chemin.

Plusieurs avancées majeures ont été réalisées durant l'année. Un pas à la fois, le CSSS se structure. Tout d'abord, à l'interne, les améliorations sont nombreuses : consolidation de la gouvernance, déploiement du plan d'organisation et recrutement de nouveaux directeurs, rapprochement entre le corps médical, le conseil d'administration et la direction générale, mise en place de la structure et des processus de gestion des risques, travaux sur l'équilibre budgétaire et la performance, développement de nouveaux outils de communication, travaux sur le climat organisationnel, réussite d'une dizaine de visites qualité, etc.

On sent bien que le niveau de mobilisation organisationnelle commence à monter, et l'un des moments phares des derniers mois est certainement la tournée de célébration qui a suivi l'obtention de l'agrément. Les différentes équipes ont exprimé beaucoup de fierté. Elles sont extrêmement résilientes. Les années difficiles que le CSSS a traversées n'ont pas terni le désir de chacun et chacune de toujours faire mieux pour la clientèle. Tous se rallient derrière la vision de devenir un CSSS d'excellence connu et *reconnu*. Les consultations internes réalisées dans le cadre de la planification stratégique 2015-2020 sont particulièrement révélatrices en ce sens. Plusieurs expriment le souhait de pouvoir mettre la main à la pâte et de participer à l'élaboration et à la mise en place de projets novateurs.

Des progrès notables ont aussi été réalisés au chapitre de l'ouverture sur la communauté et des partenariats. L'embauche d'un coordonnateur santé publique et partenariats a permis de saisir plusieurs opportunités auprès des municipalités, des organismes communautaires, et des communautés culturelles. Nous avons aussi institué des rencontres régulières avec les médias locaux et avec les élus municipaux, provinciaux et fédéraux, et diffusé trois rapports d'étape pour faire connaître l'évolution de l'organisation. Notons surtout que les liens de confiance ont été rétablis avec les partenaires-clés, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Réseau de services intégrés de santé (RUIS) McGill.

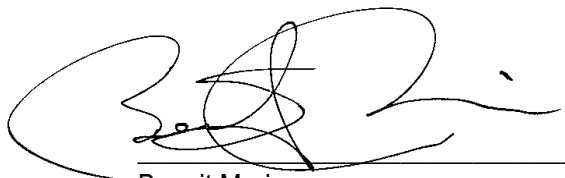
L'année à venir s'annonce tout aussi remplie et stimulante. Le CSSS poursuit en effet les travaux entourant de nombreux chantiers sur la performance et l'efficacité des services, et se prépare activement au transfert de certaines responsabilités du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Le contexte social québécois et montréalais est difficile et les changements à venir sont majeurs. Ils représentent des défis énormes, mais nul doute qu'avec toute la créativité exprimée, en particulier dans les équipes sur le terrain, nous serons en mesure de les relever, un à un.

Ensemble, le conseil d'administration, la direction, les gestionnaires, le personnel, les médecins, les bénévoles, nous cheminons, petit pas par petit pas, vers un CSSS de 1^{er} choix.

Bonne année 2014-2015 !



Richard Legault
Président du conseil d'administration



Benoît Morin
Directeur général

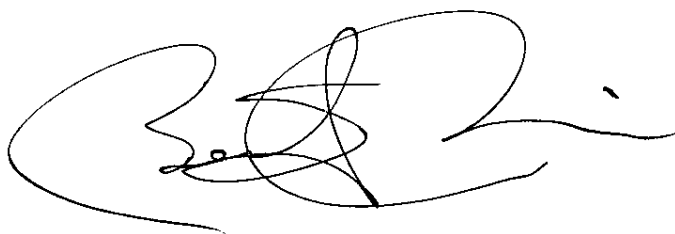
2) DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2013-2014 du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Ouest-de-l'Île :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.



Benoît Morin

3) RAPPORT DE LA DIRECTION

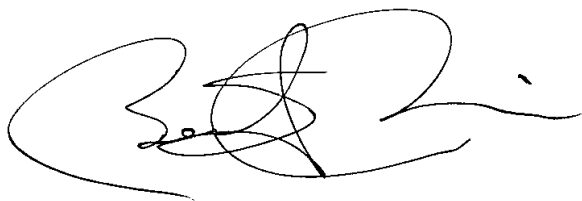
Les états financiers du CSSS de l'Ouest-de-l'Île ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent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

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

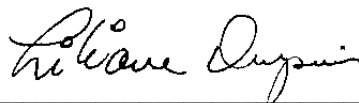
La direction du CSSS de l'Ouest-de-l'Île reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton (S.E.N.C.R.L.) dûment mandatée pour se 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. La firme Raymond Chabot Grant Thornton (S.E.N.C.R.L.) peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Benoit Morin
Directeur général



Liliane Dupuis, CPA, CA
Directrice des finances par intérim

4) PRÉSENTATION DU CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE

Le CSSS de l'Ouest-de-l'Île (CSSS ODI) a vu le jour en juin 2004. Il regroupe le Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger (DBV), le CLSC de Pierrefonds (CLSC Pfd), le CLSC du Lac-Saint-Louis (CLSC LSL) et l'Hôpital général du Lakeshore (HGL). Il a également trois points de services : la Clinique externe de psychiatrie, la Clinique Saint-Charles (santé mentale jeunesse) et le Service santé au travail. Quelque 2 000 employés et 250 médecins (généralistes et spécialistes) y oeuvrent, avec plus de 500 bénévoles. En 2013-2014, son budget total s'élève à 168 M\$ (activités principales et accessoires). Il exploite 231 lits d'hospitalisation de courte durée (incluant l'ajout de 4 lits de psychiatrie) et 155 lits d'hébergement de longue durée.

Type de lits	Nombre de lits
Santé physique	184
Psychiatrie	31
Gériatrie active	16
Total de courte durée	231
Hébergement permanent	125 (121 + 4 PHPE)
Hébergement transitoire	30
Total – lits d'hébergement	155

TERRITOIRE

Le territoire du CSSS ODI est d'une superficie de 132 km², soit le plus étendu de la région de Montréal. Il correspond aux arrondissements de Pierrefonds-Roxboro et de L'Île-Bizard-Sainte-Geneviève, ainsi qu'aux villes de Baie-D'Urfé, Beaconsfield, Dollard-des-Ormeaux, Kirkland, Pointe-Claire, Sainte-Anne-de-Bellevue et Senneville. Le territoire est bordé au nord par la Rivière-des-Prairies et le Lac des Deux-Montagnes, au sud par le Lac-Saint-Louis et à l'est par l'arrondissement de Saint-Laurent et la ville de Dorval. L'autoroute 40 divise le territoire du CSSS en deux : le Nord et le Sud. L'autoroute 20 le traverse également d'est en ouest. Deux trains de banlieue relient l'Ouest-de-l'Île au centre-ville, en plus du réseau d'autobus. Trois principales artères segmentent le territoire, du nord au sud : les boulevards des Sources, Saint-Jean et Saint-Charles. Les résidents de l'Ouest-de-l'Île ont accès à une multitude de parcs, dont quatre des six parcs-nature de la ville de Montréal, soit le Parc-nature du Cap-Saint-Jacques, celui de l'Anse-à-l'Orme, du Bois-de-l'Île-Bizard et le Parc-nature du Bois-de-Liesse. On retrouve également sur le territoire des terres cultivées ainsi que le magnifique Campus McDonald de 650 hectares qui abrite la faculté des sciences de l'agriculture et de l'environnement de l'Université McGill.

POPULATION

Le territoire du CSSS ODI compte une population de 223 934 résidents. C'est le territoire le plus peuplé de Montréal. On retrouve 63,7 % de la population dans le territoire du CLSC Pfd (plus de 142 652 personnes) et 36,3 % dans le territoire du CLSC LSL (81 282 personnes).

Quelques faits saillants sur la population et son évolution :

- En 2014, la population de l'Ouest-de-l'Île est estimée à 223 934 personnes, dont 46 947 enfants (0-17 ans) et 35 347 personnes âgées de 65 ans et plus. Le territoire du CSSS ODI est celui qui compte le plus de jeunes âgés de 6 à 17 ans parmi les 12 territoires de CSSS de la région de Montréal.
- La population âgée de 0 à 17 ans du territoire du CLSC Pfd (30 634) est presque deux fois plus élevée que celle du territoire du CLSC LSL (16 313).
- Globalement, on prévoit, entre 2014 et 2031, une augmentation chez les jeunes âgés de 0 à 17 ans de 5,9 % et une faible diminution chez les adultes âgés de 18 à 64 ans de 3,1 %.

- Le nombre de personnes de 65 ans et plus augmentera quant à lui de 58,3 % comparativement à 40,5 % pour Montréal. Ainsi, entre 2014 et 2031, ce nombre passera de 35 347 à 55 949.
- Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, l'augmentation est encore plus importante et représente une hausse de 78,8 % passant de 16 247 personnes en 2014 à 29 056 personnes en 2031.
- La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population totale passera donc de 15,8 % en 2014 à 23 % en 2031.

CONDITIONS CULTURELLES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES

La population de l'Ouest-de-l'Île se distingue par les conditions culturelles et socio-économiques suivantes :

- 28,6 % de la population est immigrante (comparativement à 30,7 % pour Montréal). Parmi cette population, 3,9 % sont des immigrants récents (comparativement à 7,5 % pour Montréal).
- 13,4 % des 15 ans et plus n'ont pas de diplôme (comparativement à 21,5 % pour Montréal), mais 33,7 % des 25 ans et plus ont un diplôme universitaire (comparativement à 28,6 % pour Montréal).
- 18,4 % des jeunes sortant du secondaire n'ont pas de diplôme (comparativement à 32,5 % pour Montréal).
- Le chômage chez les 15 ans et plus touche 6,4 % de la population (comparativement à 8,8 % pour Montréal).
- 1,6 % de la population n'a aucune connaissance des langues officielles (comparativement à 2,6 % pour Montréal).
- 23,7 % des 65 ans et plus vivent seuls à la maison (comparativement à 35,8 % pour Montréal).
- 1530 enfants âgés de 0 à 5 ans vivent sous le seuil de faible revenu, soit 11,7 % (comparativement à 29,7 % pour Montréal).
- Les mères monoparentales représentent 13,1 % des familles (comparativement à 22,9 % pour Montréal).

ÉTAT DE SANTÉ

Les principaux déterminants de la santé de la population de l'Ouest-de-l'Île se caractérisent comme suit :

- Le taux de mortalité infantile est de 3,6 par 1000 naissances (comparativement à 4,8 par 1000 naissances pour Montréal).
- 5,6 personnes par 100 000 habitants meurent d'un suicide (comparativement à 10,4 personnes par 100 000 habitants pour Montréal).
- 25 565 personnes sont atteintes d'une incapacité, ce qui représente 12,2 % de la population (comparativement à 14,5 % pour Montréal).
- 64 % des 60 ans et plus reçoivent le vaccin annuel contre la grippe (comparativement à 57 % pour Montréal).
- 5,9 % des 75 ans et plus sont en institution (comparativement à 6,2 % pour Montréal).
- L'âge moyen des mères des nouveau-nés est de 32,2 ans (comparativement à 31,2 ans pour Montréal).
- La prévalence du diabète chez les 20 ans et plus est de 7,5 % (comparativement à 8,1 % pour Montréal).
- Le taux de fumeurs de 12 ans et plus est de 15,3 % (comparativement à 22,7 % pour Montréal).
- 44,7 % des 12 ans et plus souffre d'inactivité physique (comparativement à 53 % pour Montréal).
- 50,3 % des 18 ans et plus ont un surplus de poids (comparativement à 46,6 % pour Montréal).
- 147 200 personnes ont un médecin de famille, ce qui représente 78,6 % (comparativement à 64,9 % pour Montréal).
- 59,6 % de plus de 15 ans mangent moins de 5 fruits ou légumes par jour (comparativement à 59 % pour Montréal).

RÉSEAU LOCAL

Pour répondre aux besoins de la population, de nombreux établissements et organismes provenant du milieu des CPE et autres garderies, du milieu scolaire, du municipal, du milieu de la santé et du milieu communautaire sont aussi à pied d'œuvre. Plusieurs tables ou comités intersectoriels sont aussi actifs sur le territoire.

Le Réseau local de services (RLS) de l'Ouest-de-l'Île compte par exemple :

- Les cliniques-réseau et groupes de médecins de famille Brunswick, Médistat et Statcare
- Les autres cliniques médicales du territoire
- La Résidence de soins palliatifs de l'Ouest-de-l'Île
- Le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
- Les CHSLD privés et privés conventionnés
- Les ressources intermédiaires Saint-Raphaël et Valéo-Pierrefonds
- Des résidences privées pour aînés
- Plusieurs organismes communautaires en santé mentale, pour personnes âgées, en déficience intellectuelle - troubles envahissants du développement, en déficience physique, en soins palliatifs, en dépendances, et pour jeunes en difficulté
- Les pharmacies communautaires
- Les postes de police de la communauté
- Les écoles primaires et secondaires et les commissions scolaires
- Les arrondissements et villes du territoire

LA MISSION

La mission du CSSS de l'Ouest-de-l'Île découle de sa responsabilité populationnelle et de son rôle auprès de sa clientèle et de ses partenaires dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elle comporte quatre grands volets:

- Connaître l'état de santé et de bien-être de la population de son territoire et assurer le leadership des actions visant à l'améliorer;
- Gérer et coordonner l'utilisation des services généraux et spécialisés mis à la disposition de la population de son territoire et prendre les mesures appropriées afin de prendre en charge, accompagner et soutenir les usagers, de façon à assurer la continuité entre les différents épisodes de soins requis à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux;
- Gérer de façon optimale la gamme des services qui y sont offerts en s'assurant de leur efficacité, de leur efficience, de leur pertinence et de leur adaptation aux attentes des usagers et aux besoins de la population;
- Informer la population, la consulter, la mettre à contribution et connaître son niveau de satisfaction à l'égard des services offerts et des résultats obtenus.

LA VISION

Un CSSS connu et reconnu pour l'excellence des services offerts et la qualité des relations avec la population de son territoire, sa clientèle et ses partenaires, appuyé par l'engagement et la mobilisation de l'ensemble des personnes qui y œuvrent.

LES VALEURS

Cinq valeurs ont été adoptées par le conseil d'administration en juin 2013 et plusieurs moyens ont été déployés pour les faire vivre, incluant une session de travail à l'assemblée des gestionnaires, de l'affichage dans les installations et sur les écrans de veille des postes informatiques de même que des rencontres dans les équipes. Ces nouvelles valeurs sont les suivantes :

- Le **RESPECT** pour tous et par tous, sans distinction

- Le **COURAGE** de faire ce qui doit être fait et de persévérer avec intégrité
- La **COLLABORATION** pour atteindre un tout qui est plus que la somme des parties
- L'**IMPUTABILITÉ** dans l'exercice des responsabilités confiées
- Le **BIEN COMMUN** avant le bien individuel

GOUVERNANCE

La direction du CSSS rend compte de ses activités au conseil d'administration. Ce dernier comportait en 2013-2014 six comités permanents actifs responsables de l'élaboration des grandes orientations et de la supervision générale. Ces comités sont les suivants : gouvernance et éthique, vérification, vigilance et qualité, évaluation du directeur général, évaluation des mesures disciplinaires du CMDP et révision. Un comité des usagers et un comité des résidents s'assurent que les préoccupations et les besoins de la clientèle sont pris en compte. Il existe au sein de l'établissement quatre conseils professionnels : le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le Conseil des infirmières et infirmiers (CII), le Conseil multidisciplinaire (CM) et le Conseil des sages-femmes (CSF).

Enfin, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services rend compte annuellement au conseil d'administration des questions liées au traitement des plaintes et à la qualité des services.

FONDATIIONS ET AUXILIAIRES

Le CSSS ODI est soutenu financièrement par les entités suivantes :

- La Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore
- La Fondation du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger (CHSLD) inc.
- La Fondation des CLSC du Lac-Saint-Louis et de Pierrefonds
- Les Auxiliaires de l'Hôpital général du Lakeshore

Ces entités recueillent les fonds nécessaires à l'achat d'équipements et viennent en aide moralement, socialement et monétairement aux usagers et aux personnes nécessiteuses.

La **Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore** a alloué plus de 600 000 \$ à l'Hôpital pour l'achat d'équipements médicaux prioritaires, et ce, en organisant plusieurs collectes de fonds qui ont été couronnées de succès, comme le tournoi de golf annuel, le défilé de mode, la Course de canards Banque Nationale, le projet annuel d'emballage de cadeaux des fêtes et le bal du Lakeshore.

La **Fondation du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger** agit en tant que partenaire dans l'amélioration de la qualité de vie des résidents et de la clientèle du centre de jour. Elle a ainsi pour but d'améliorer de façon continue les soins et services gériatriques dans le contexte d'un milieu de vie, tout en contribuant au respect de la dignité des résidents. De plus, la Fondation supporte financièrement les activités de musicothérapie et de zoothérapie qui sont très appréciées des résidents. Elle a amassé 14 600 \$ cette année comparativement à 25 660 \$ en 2012-2013.

La **Fondation des CLSC du Lac-Saint-Louis et de Pierrefonds** est au service de la population depuis 16 ans. Elle représente le dernier recours pour le remboursement de services et d'équipements non couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les personnes à faibles revenus. La Fondation appuie également les enfants ayant des difficultés d'apprentissage, de comportement, ou des déficiences physiques ou intellectuelles en plus d'offrir de l'aide aux familles sous la forme de services de relève. Tous les membres du conseil d'administration sont des bénévoles et 97 % des sommes recueillies sont distribuées aux personnes les plus démunies de notre communauté. Cette année, la fondation a amassé 63 354 \$.

Les **auxiliaires de l'Hôpital général du Lakeshore** sont présents depuis 1962, soit avant même la fin de la construction de l'Hôpital. Leur mission est d'aider de multiples façons. En 2013-2014, ces bénévoles ont travaillé un total de 44 064 heures. Grâce à leurs activités de financement, c'est-à-dire la gestion du café et de la boutique Windmill ainsi que du *Coin du livre*, elles ont amassé cette année 117 822 \$, comparativement à 103 998 \$ l'année précédente. Cette année encore, les auxiliaires ont fait un don à l'Hôpital. Les 250 000 \$ serviront à acheter de l'équipement pour différents secteurs, tels que le centre ambulatoire, l'imagerie médicale et le laboratoire.

RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines constituent l'une des plus grandes richesses de l'organisation. Notons que le CSSS est le plus gros employeur de l'Ouest-de-l'Île. Voici les principales informations concernant les ressources à l'emploi de l'organisation.

	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Les cadres (en date du 31 mars),			
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	63	65	73
Temps partiel (nombre de personnes en équivalents temps complet (a) – excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0	1
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	4	2	0
Les employés réguliers (en date du 31 mars),			
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	962	977	938
Temps partiel (nombre de personnes en équivalents temps complet (a) – excluant les personnes en sécurité d'emploi)	298	317	313
Temps partiel (nombre de personnes au total – excluant les personnes en sécurité d'emploi)	728	618	579
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	0	0
Les occasionnels *,			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	657 861	589 974	663 793
Équivalents temps complet (b)	355	319	359

* Le nombre d'occasionnels au 21 mai est de 373 personnes.

- (a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
 - Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par :
 - Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.
- (b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
 - Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.

BÉNÉVOLES

Près de 500 bénévoles contribuent à améliorer la qualité de vie et le mieux-être des personnes hébergées, des patients et des clients du CSSS ODI. Ils et elles assurent le soutien aux activités et aux programmes des différentes installations du CSSS notamment en accompagnant des personnes lors de leur rendez-vous dans les hôpitaux et en aidant à organiser différentes activités dans le centre d'hébergement, en CLSC – lors des campagnes de vaccination, par exemple – ou à l'Hôpital.

EFFECTIFS MÉDICAUX

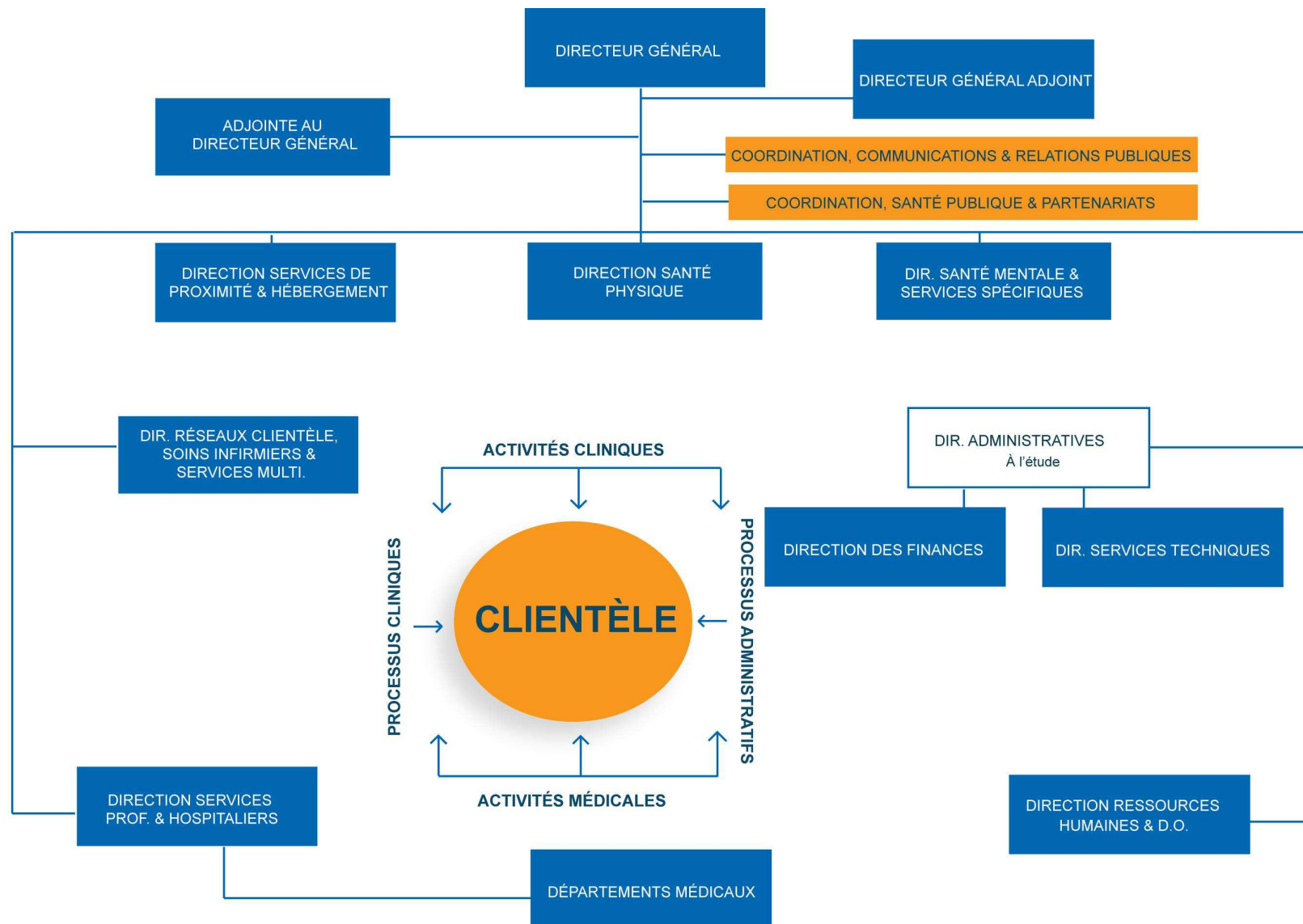
Nombre de médecins par type de privilèges (au 8 mai 2014)

Privilèges	Spécialistes	Omnipraticiens
Actifs	96	58
Associés	38	14
Conseils	26	8
Honoraires	2	1
Moonlighters	9	1
Temporaires	18	9
Total	189	91

Nombre de médecins qui occupent un PEM selon les dossiers de l'Agence de la santé et des services sociaux

Spécialité	PEM	Effectifs en place
Anatomo-Pathologie	2	2
Anesthésiologie	7	7
Cardiologie	5	5
Chirurgie Générale	6	6
Chirurgie Orthopédique	5	5
Chirurgie Plastique	4	4
Dermatologie	1	1
Endocrinologie	2	2
Gastro-entérologie	2	2
Hématologie-Oncologie	3	3
Médecine Interne	8	8
Médecine Nucléaire	1	1
Microbiologie Médicale	2	2
Néphrologie	3	3
Obstétrique-Gynécologie	8	9
Omnipratique	56	56
Ophtalmologie	3	3
Oto-Rhino-Laryngologie	3	3
Pédiatrie Générale	4	4
Pneumologie	2	2
Psychiatrie	9	9
Radiologie Diagnostique	3	3
Urologie	4	4

ORGANIGRAMME



Les secteurs administratifs, incluant les services techniques, les finances et les ressources informationnelles, font l'objet d'une étude. Leur structure sera présentée pour adoption au conseil d'administration du mois de juin prochain. Aussi, le poste de directeur réseaux clientèle, soins infirmiers et services multidisciplinaires, vacant pour l'instant, devrait être comblé d'ici l'été à venir.

5) ACTIVITÉS DU CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE

Cette section présente les principaux faits saillants de l'année 2013-2014, en général, puis par direction ou secteur d'activités.

Plan d'action 2013-2014

En juin 2013, un plan d'action pour l'année 2013-2014 a été approuvé par le conseil d'administration. Il compte les 3 axes et 15 priorités suivantes.

Axe 1 – Gestion d'établissement

- Priorité 1: Systèmes de gouvernance, de gestion et de performance
- Priorité 2: Approche Employeur de choix, davantage de pouvoir aux équipes de gestion
- Priorité 3: Environnement de travail : ressources informationnelles, infrastructures
- Priorité 4: Équilibre budgétaire
- Priorité 5: Sentiment d'appartenance et notoriété

Axe 2 – Offre de service

- Priorité 1: Bases d'un nouveau projet clinique et culture CSSS
- Priorité 2: Cadre solide pour l'assurance qualité
- Priorité 3: Flot de patients avant, pendant et après leur hospitalisation
- Priorité 4: Accès aux services de 1^{re} et de 3^e lignes, de même qu'aux services à domicile
- Priorité 5: Opportunités de développement provenant du CUSM

Axe 3 – Transformation organisationnelle

- Priorité 1: Culture de confiance, de collaboration et de fierté
- Priorité 2: Partenariat avec le corps médical
- Priorité 3: Révision de tous les départements médicaux, cliniques et administratifs
- Priorité 4: Positionnement du rôle du CSSS ODI au sein du RUIS McGill
- Priorité 5: Intégration possible de l'Hôpital Sainte-Anne

Le plan d'action comprend également un plan d'organisation, un plan des infrastructures et un plan des ressources informationnelles.

Tournée du directeur général et identification de petits pas

La méga tournée des installations entamée l'an dernier a été complétée en début de 2013-2014. Les commentaires et suggestions recueillis ont servi de guide et, en cours d'année, 260 petits pas ont été réalisés.

Consolidation de la gouvernance

De nombreuses avancées ont été réalisées concernant la gouvernance : révision et actualisation du plan d'organisation, amélioration du soutien aux conseils professionnels, révision du fonctionnement, du mandat et de la composition des comités (du conseil d'administration, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et de la gestion des risques), etc.

Lancement de la planification stratégique 2015-2020.

Le processus de réflexion pour la planification stratégique 2015-2020 a été amorcé. L'exercice permettra de faire le point, de mieux nous connecter sur les besoins de la communauté et de dégager une vision commune pour notre CSSS dans les prochaines années. Pour ce faire, des consultations internes et externes s'échelonneront sur une année. Cette démarche est synchronisée avec celles du ministère de la Santé et des Services sociaux

(MSSS) et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. La thématique qui sous-tend la démarche est celle de devenir un établissement choisi entre tous; un CSSS de premier choix pour tous ceux qui sont en lien avec l'établissement. Le document final sera déposé officiellement au printemps 2015.

Plusieurs rendez-vous qualité

Durant l'année, l'établissement a reçu pas moins de dix visites qualité. Ces visites, réussies, ont été des opportunités magnifiques de faire valoir les avancées du CSSS ODI. Par ailleurs, les recommandations reçues sont des leviers pour améliorer nos processus et la qualité des services offerts à nos différentes clientèles.

- Agrément Canada et Conseil québécois d'agrément
- Inspections professionnelles (5): Collège des médecins, Ordre des infirmières et infirmiers, Ordre des pharmaciens, Ordre des technologues en imagerie médicale, Ordre des technologues médicaux
- Protecteur du citoyen (2)
- Ministère (2) : DBV et urgence

Don de la Fondation familiale Trottier

La famille Trottier a offert 10 M\$ pour l'achat d'équipements médicaux destinés à l'urgence et aux départements associés à son efficacité. En cours d'année, nous avons entrepris les investissements en lien avec ce don, par exemple : nouveau système de monitoring pour l'urgence et autres équipements pour le bloc opératoire, tels que des instruments pour l'opération des cataractes, des instruments en gynécologie et un système de monitoring pour la salle de réveil. Le don nous donnera aussi le moyen de participer au programme d'amélioration de la qualité chirurgical NSQIP. Il s'agit du don le plus important jamais reçu par l'Hôpital !

Partenariat avec le corps médical

Un pont est maintenant jeté entre le corps médical, le conseil d'administration et la direction générale. Des rencontres régulières sont organisées avec la présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), avec son exécutif et l'ensemble des chefs médicaux. La présidente est également présente aux rencontres du conseil d'administration. La structure de fonctionnement du CMDP a été renforcée, et une directrice des services professionnels et hospitaliers a été recrutée.

Dépôt de deux candidatures aux prix de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)

Deux candidatures ont été déposées aux prix de l'AQESSS :

Programme de douleur lombaire

Il permet à un patient référé par son médecin de famille d'être évalué par une équipe multidisciplinaire et de bénéficier d'un suivi de 6 mois qui l'amène à l'autogestion de sa douleur et à l'amélioration de sa qualité de vie. Il s'agit d'une première au Québec.

Code de vie et climat de travail dans les unités de médecine

Ces unités ont habilement rehaussé la qualité des soins et services offerts à leur clientèle de plus en plus vieillissante et présentant fréquemment des problèmes cognitifs. Des activités d'équipes organisées au sujet des priorités stratégiques et des nouvelles valeurs de l'organisation – respect, collaboration, courage, imputabilité, bien commun – ont servi de trame de fond à la révision des rôles et responsabilités des employés, à la mise sur pied de nouvelles routines et à l'amélioration du climat de travail.

Lac-à-l'épaule du conseil d'administration :

Une première retraite du conseil d'administration depuis plusieurs années a été organisée en mai 2013. Elle aura permis d'adopter le plan d'action 2013-2014 et tous les plans qui s'y rattachent. Cette expérience jugée très pertinente et stimulante par l'ensemble des membres du CA sera désormais renouvelée de façon annuelle.

EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS)

Durant l'année :

- 177 plaintes (une hausse de 29 % comparativement à l'année 2012-2013)
- 363 demandes d'assistance (une hausse de 9 % comparativement à l'année 2012-2013)
- 7 dossiers d'intervention (une hausse de 600 % comparativement à l'année 2012-2013)
- 87 demandes de consultation (une hausse de 19 % comparativement à l'année 2012-2013)
- 73 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours (comparativement à 66 % pour l'année 2012-2013)
- 4 plaintes ont été acheminées en deuxième instance au Protecteur du citoyen (comparativement à 2 pour l'année 2012-2013)
- Plaintes transmises au médecin examinateur
 - o 49 plaintes médicales (une hausse de 40 % comparativement à l'année 2012-2013)
 - o 45 % des plaintes médicales ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours (comparativement à 40 % pour l'année 2012-2013)
 - o 5 plaintes ont été acheminées en deuxième instance au comité de révision (comparativement à 4 pour l'année 2012-2013)
- Les trois principaux motifs de plainte concernent les soins et services dispensés, l'accessibilité et les relations interpersonnelles et représentent 79 % des plaintes traitées.

Bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen (CLPQS) – (SIGPAQS*)					
	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
2013-2014	17	193	177	33	4
2012-2013	20	134	137	17	2

* SIGPAQS : Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Médecin examinateur

Dans la dernière année, 49 plaintes ont été conclues par le médecin examinateur (comparativement à 35 en 2012-2013).

Les motifs de plaintes chez le médecin examinateur se retrouvent principalement dans deux catégories : soins dispensés (décision et approche thérapeutique; compétence) et relations interpersonnelles (manque de communication, de respect et de politesse).

Bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen (médecin examinateur) – (SIGPAQS*)					
	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
2013-2014	10	45	49	6	5
2012-2013	8	37	35	10	4

Promotion du régime d'examen des plaintes

Pour faire connaître le régime d'examen des plaintes et assurer son accessibilité, des dépliants et formulaires sont disponibles dans les différents services de l'Hôpital ainsi que dans les CLSC et au centre d'hébergement. La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services fait des présentations dans le cadre des journées d'accueil du nouveau personnel au sujet du code d'éthique de l'établissement et du traitement des plaintes des usagers. De plus, elle a entamé une vaste tournée des équipes pour les informer de son rôle, de ses responsabilités, de la procédure d'examen des plaintes et du code d'éthique de l'établissement.

Le rapport annuel de l'organisation portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes est disponible sur demande.

Faits saillants par direction

DIRECTION GÉNÉRALE

SECTEURS RELEVANT DE L'ADJOINTE AU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Dans la foulée de la mise en place du nouveau plan d'organisation, le CSSS s'est doté d'un poste d'adjointe au directeur général (ADG). Elle a pour principal mandat de soutenir les divers dossiers portés par la direction générale et de gérer certains secteurs spécifiques, tels que l'amélioration continue de la qualité, la gestion des risques, la performance, la coordination de la santé publique et du partenariat ainsi que les mesures d'urgence.

Cette année, les principaux dossiers portés par l'adjointe concernaient notamment la régie du comité de direction et le suivi des divers dossiers organisationnels, la préparation de la visite d'Agrément Canada, la remise en forme des processus de gestion des risques et le soutien à la mise en place de chantiers d'optimisation.

Les réalisations de chacun des secteurs sous la responsabilité de l'ADG sont décrites brièvement dans les sections suivantes.

Gestion des risques

Cette année, le fort engagement de l'organisation concernant la qualité et la sécurité s'est traduit entre autres par plusieurs actions réalisées en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques. Plusieurs acteurs ont pris part à ces réalisations, tant sur le plan stratégique qu'opérationnel.

Tout d'abord, le mandat, la composition et les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques ont été révisés dans le but d'exercer un rôle plus stratégique et de faire un suivi plus serré des problématiques qui présentent un risque pour l'utilisateur.

Un comité d'experts a été mis sur pied pour dégager une vision globale des risques à tous les niveaux de l'organisation. Ce comité a élaboré un plan de sécurité des usagers et contribue à sa mise en œuvre à travers le CSSS. Le plan de sécurité des usagers inclut notamment les risques liés à la sécurité des actifs informationnels, aux infections nosocomiales, à l'utilisation des mesures de contrôle, aux plaies de pression, aux chutes, aux médicaments, aux plans de mesures d'urgence, aux alertes médicales et à la prévention du suicide.

Les différentes activités de sensibilisation, de formation continue et de rencontres individuelles réalisées au cours de l'année 2013-2014 ont grandement influencé le développement d'une culture de sécurité et de consolidation de la notion de transparence et de non-blâme dans notre CSSS. En déclarant les événements indésirables et en identifiant les risques, l'organisation s'inscrit dans une approche favorisant la prévention et l'amélioration continue. Toujours dans une optique de prévention et d'amélioration continue, deux analyses prospectives ont été réalisées au sein de notre organisation au cours de l'année financière concernant l'utilisation des cabinets automatisés décentralisés (CAD) et l'administration des médicaments. Des outils ont été développés pour mieux soutenir et supporter nos gestionnaires en ce qui concerne l'analyse et le suivi des événements sentinelles. De même, un registre de suivi de l'état d'avancement de toutes les recommandations émises à la suite d'un événement sentinelle a été créé.

Pour l'année 2014-2015, le comité de gestion des risques se donne comme objectif de poursuivre le développement de la gestion intégrée des risques en assurant un lien étroit avec les comités partenaires et en soutenant la reprise des travaux du comité de mesures de contrôle et le développement d'un groupe de travail sur l'analyse des erreurs de médicaments. De plus, il veut formaliser la mise en marche du processus sur la gestion des alertes médicales qui visent à s'assurer que le matériel, les équipements, les produits et les médicaments qui sont utilisés dans la prestation de soins et services au CSSS soient sécuritaires. Finalement, le

comité a comme objectif de s'assurer de la mise en place d'une procédure de gestion des petites réclamations afin de mieux gérer les réclamations présentées à l'établissement.

En 2013-2014, 3764 événements ont été déclarés : 72 % à l'Hôpital, 15 % au centre d'hébergement, 9,2 % au CLSC Pfd et 2,7 % au CLSC LSL. Les événements les plus fréquents sont ceux liés à l'administration des médicaments (32 %) et aux chutes (22 %). Ces indicateurs ont été présentés et sont suivis par le comité de gestion des risques afin de s'assurer que des activités de prévention soient mises en place pour éviter leur récurrence. Chaque événement ayant des conséquences pour l'utilisateur est analysé par le gestionnaire ou par des groupes de travail, si nécessaire, et des recommandations sont émises. Le suivi de la mise en œuvre de ces recommandations est observé de près par le comité de gestion des risques.

Membres du comité de gestion des risques

Caroline Tremblay, représentante de la Direction des services de proximité et hébergement

Christiane Léonard, représentante du conseil des sages-femmes

Dorothy Nicolaou, représentante de la direction santé mentale et services spécifiques

Elianna Pappas, représentante du conseil multidisciplinaire

Géraldine Matthews, représentante de la direction santé physique et présidente du comité

Joan Wills, représentante du comité des usagers

Dre Maria Arrieta, représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Maya Nassar, représentante du conseil des infirmières et infirmiers

Nelea Lungu-Bezman, conseillère à la gestion des risques

Nicole Poliquin, conseillère en prévention et contrôle des infections

Sophie Ouellet, adjointe à la direction générale

Recommandations du coroner

Pour l'année 2013-2014, deux rapports de coroner ont été reçus. Le premier concerne un bébé décédé d'asphyxie par aspiration de lait. Bien que ce bébé soit né et ait été vu à l'urgence de notre centre hospitalier, le suivi postnatal a été effectué par un autre CSSS compte tenu du lieu de résidence de la famille. Considérant les risques associés à l'utilisation de dispositifs d'aide à l'allaitement, des rappels ont été effectués auprès de nos équipes de périnatalité. Un avis a été demandé à la Direction de la santé publique de Montréal, qui a publié une directive à cet effet. Le rapport du coroner a également été transmis au CSSS du territoire concerné afin qu'il puisse donner suite aux recommandations.

Le deuxième rapport concerne le décès d'un bébé lors d'un accouchement à la maison de naissance. Bien que les recommandations formulées par le coroner soient adressées à l'Ordre des sages-femmes du Québec, un retour sur cet événement a été effectué par la gestionnaire de risques et la responsable de la maison de naissance.

Démarche d'agrément

Cette année, le CSSS s'est préparé à la visite d'Agrément Canada qui s'est déroulée du 24 au 29 novembre 2013. Lors de cette visite, les visiteurs ont évalué 23 normes qui totalisent 2475 critères différents. Cela représente une augmentation d'environ 300 critères de plus qu'en 2010.

Grâce aux nombreux efforts et aux travaux réalisés, le CSSS s'est vu attribuer le statut d'établissement AGRÉÉ. Le taux de conformité global était de 88,8 %, comparativement à 83,7 % pour la visite réalisée en 2010.

À court terme, des preuves de conformité doivent être transmises à Agrément Canada pour rendre complètement conformes 3 pratiques organisationnelles requises (POR). Celles-ci, au nombre de 37 au moment de la visite, représentent des pratiques à mettre en place pour améliorer la sécurité des soins et des services.

Au cours de la prochaine année, le CSSS souhaite poursuivre ses travaux pour rendre conformes les différents critères identifiés par Agrément Canada, dont la mise en place d'un système qualité au laboratoire, la gestion des analyses de laboratoire délocalisées et la traçabilité du retraitement (stérilisation) du matériel médical.

Coordination de la performance

La coordination de la performance et de la gestion de l'accès a mis en place de nouveaux outils et processus de suivi afin de soutenir l'établissement dans sa reddition de compte et dans l'atteinte de ses objectifs de performance.

De façon plus pointue, différents outils ont été développés pour soutenir les principaux chantiers d'optimisation déployés au cours de l'année. Un processus de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité a été élaboré par la coordination de la performance. Celle-ci a également procédé à une refonte complète du tableau de bord du conseil d'administration de l'établissement. Finalement, d'autres dossiers ont été soutenus, tels que le mécanisme de gestion de l'accès en chirurgie, qui a été revu et bonifié pour assurer le respect des délais du plan d'accès ministériel, et la programmation liée à l'utilisation des tableaux électroniques de gestion des lits.

Ainsi, en 2014-2015, le CSSS poursuivra la mise en place de tableaux de bord pour soutenir les activités de l'établissement, se dotera de mécanismes de gestion de la qualité des données et encadrera les activités liées au pilotage des systèmes d'informations cliniques.

Soutien à l'optimisation

En 2013-2014, l'amélioration continue par l'approche *Lean* a été adoptée au CSSS. Plusieurs chantiers d'optimisation ont vu le jour. Une liste de 24 chantiers a été établie, dont 14 sont présentement en cours. Ces chantiers sont menés par différents pilotes avec le soutien de la conseillère à l'optimisation. Chaque direction a des chantiers sous sa responsabilité, bien que certains ne débiteront qu'en 2014-2015. Parmi les chantiers en cours en 2013-2014, nous retrouvons le service de la chirurgie, le soutien à domicile, la liste de rappel et le processus de la paie.

Le CSSS souhaite donc promouvoir au cours de la prochaine année, par le biais de formations, l'intégration d'une culture de l'amélioration continue par l'approche *Lean* et l'utilisation d'outils *Lean* spécifiques en plus de mettre en place un groupe de travail d'agents certifiés ceinture verte pour soutenir la réalisation de projets d'optimisation des processus.

De plus, il souhaite terminer les chantiers entrepris en 2013-2014, communiquer les bons coups, identifier de nouvelles opportunités d'amélioration et poursuivre sa conquête de qualité en ayant toujours le patient au centre de ses préoccupations.

Mesures d'urgence

Les membres du comité des mesures d'urgence ont tenu deux réunions de travail et 19 formations, ce qui totalise une participation de 348 employés. Ils ont aussi tenu 22 exercices de simulations répartis dans nos quatre installations et sur les trois quarts de travail. Au total, 363 employés y ont participé. Les membres du comité ont également entamé la révision des plans de mesures d'urgence de nos deux CLSC. En effet, les plans particuliers d'intervention du code orange et du code 2-3 ainsi que le plan des mesures d'urgence du CSSS ont été revus. Le CSSS a participé aux rencontres du comité des mesures d'urgence de la ville de Pointe-Claire. Sur le plan régional, il a pris part à deux groupes de travail, soit celui sur le plan particulier d'intervention sur la chaleur extrême ainsi que sur le plan particulier d'intervention-code noir.

Les objectifs pour la prochaine année sont de se doter d'une nouvelle structure de gestion des mesures d'urgence, de terminer la révision du plan particulier d'intervention du code orange pour l'Hôpital, d'élaborer le

plan local de sécurité civile, de faire la mise à jour annuelle des plans opérationnels des quatre installations et de mettre sur pied un plan particulier d'intervention sur la pénurie d'eau.

Coordination de la santé publique et partenariats

Lors de la restructuration de son organisation, le CSSS ODI a créé la fonction de coordination de la santé publique et partenariat afin d'améliorer et d'intensifier les liens avec tous les partenaires de la communauté. Cette fonction s'inscrit dans les mandats du CSSS face à ses responsabilités envers la recherche de l'amélioration de la santé de sa population (responsabilité populationnelle), notamment en agissant et mobilisant la communauté sur les déterminants de la santé. Le service d'organisation communautaire joue un rôle essentiel dans cette perspective. De nombreux efforts ont été déployés pour soutenir, animer et développer les lieux de concertation rassemblant les principaux acteurs communautaires et économiques de notre territoire. En effet, la Table de concertation de l'Ouest-de-l'Île, la Table du quartier Nord, la Table jeunesse, la Table des aînés et la Table du quartier Sud représentent toutes des lieux de concertation qui ont une grande notoriété dans notre communauté. Les thématiques identifiées dans le plan d'action local (PAL) ont fait l'objet d'une attention particulière.

Le service a été particulièrement actif auprès de la clientèle en milieu scolaire et des enfants d'âge préscolaire. L'approche *Écoles et milieux en santé* est maintenant implantée dans plus de 50 % des écoles de notre territoire, et ce, malgré le nombre très élevé d'écoles qu'elle a à desservir. On notera ainsi que les organisateurs ont grandement aidé à la mise en place d'un nouveau modèle d'attribution des fonds destinés aux organismes subventionnés par la Direction de la santé publique (DSP). Ce modèle réunit tous les critères d'objectivité et d'éthique permettant une évaluation transparente des projets et de leur conformité avec les objectifs de la DSP.

Au cours de la prochaine année, le CSSS prévoit réviser le plan d'action local pour la période 2015-2020 et encourager la participation à la définition du nouveau plan stratégique du CSSS, notamment par une meilleure intégration des aspects relatifs aux partenariats et à la mobilisation de la Table des partenaires du CSSS. Ces enjeux sont prioritaires pour la coordination santé publique et partenariats en 2014-2015.

SERVICE DES COMMUNICATIONS

L'équipe des communications est de tous les grands projets du CSSS ODI. Que ce soit pour en informer les différents publics touchés, pour développer des outils de communication, ou encore pour organiser et publiciser les événements. Les moyens de communication sont en constante évolution pour mieux rejoindre la clientèle, la population, les employés, médecins et bénévoles. Ainsi, de nouveaux outils ont vu le jour cette année, par exemple : vidéos du directeur général, rapports d'étape, écrans de veille, nouveau site Internet, etc.

Voici certains projets organisationnels réalisés en 2013-2014.

Une méga **tournée interne du directeur général** a été faite au printemps 2013. Elle a permis de dresser une liste de petits pas et servi de base pour l'élaboration du plan d'action 2013-2014. En 24 jours, le directeur général a rencontré plus de 1100 employés dans 60 équipes situées dans les 4 installations et 3 points de service. Une **tournée externe** a aussi été organisée durant laquelle le directeur général a rencontré différents partenaires du territoire : députés, maires, médias locaux, cliniques-réseau et GMF, cégeps, ressources intermédiaires, etc.

Les nouvelles **valeurs de l'organisation** ont été largement diffusées : écrans de veille des postes informatiques, ateliers lors des assemblées des gestionnaires, intranet, Flash-Info, affiche, rencontres d'équipes.

Une vaste campagne d'information concernant la visite d'**Agrément Canada** a été effectuée à l'automne 2013 (bannières, écrans de veille, affiches, bulletins spéciaux, guide des pratiques organisationnelles requises (POR), feuillet POR, rencontres dans les équipes). Des présentations sur les résultats aux maires et aux médias locaux ainsi qu'une tournée de célébration avec gâteaux pour les employés dans les différentes installations ont eu lieu au printemps 2014.

Le processus de réflexion pour la **planification stratégique 2015-2020** a été amorcé au début de l'année 2014. Pour ce faire, des consultations internes sont organisées, incluant des rencontres avec les employés, médecins, gestionnaires. Les consultations se poursuivront de façon plus exhaustive à l'automne prochain pour inclure bénévoles, patients, clients, population et partenaires. Rappelons que le Plan stratégique final sera approuvé en avril 2015.

Outils de communication

Le **Flash-Info** s'adresse principalement aux employés et diffuse de petites capsules d'information sur l'organisation. Cette année, le Flash-Info a entamé un virage important pour refléter davantage les nouvelles corporatives. De plus, le mot du DG a été ajouté pour assurer une présence et une visibilité accrue du directeur général.

Le **rapport d'étape** est une nouvelle publication qui s'adresse principalement à nos partenaires, mais qui est aussi diffusé à l'interne. Il a pour objectif d'informer sur les avancés de l'organisation.

Publications	Nombre de parutions
Flash-Info	4
Rapports d'étape	3

Le **site Internet** a fait peau neuve. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a développé un nouveau visuel pour l'ensemble des CSSS de la région de Montréal. Ce projet nous a donné l'opportunité de faire un ménage en profondeur du contenu web du CSSS. Toute l'information du site a ainsi été revue et bonifiée.

Le **Site intranet** contient une variété d'information pour les employés (nouvelles, bottin téléphonique, accès à des logiciels, politiques et procédures, etc.). Un bandeau d'information sur la page d'accueil est maintenant possible, ce qui le rend beaucoup plus attrayant.

Les **écrans de veille** sur les ordinateurs destinés aux employés sont maintenant utilisés pour diffusé des messages au personnel et aux médecins du CSSS. Ce nouvel outil présente notamment les projets en cours, les réalisations et les bons coups des différentes équipes, les semaines thématiques, etc. Il annonce également les événements à venir et la diffusion des rapports d'étape, des bulletins Flash-Info et des vidéos du directeur général.

Trois **vidéos du directeur général** ont été réalisées sur des thématiques particulières, comme l'agrément et la planification stratégique. Une vidéo de témoignages du personnel et des médecins sur l'agrément a aussi été enregistrée et diffusée.

Événements

L'**assemblée des gestionnaires** à laquelle participent les quelque 65 gestionnaires de l'établissement a eu lieu à 9 reprises durant l'année. Les cadres y sont informés sur les grands dossiers de l'organisation par le directeur général et les différents porteurs de dossier. À chaque rencontre, une présentation sur un secteur et ses bons coups est à l'ordre du jour.

La **Journée carrière Québec**, qui se tient au Palais de Congrès de Montréal, a permis de recueillir plus de 46 noms de résidents intéressés à venir travailler au CSSS ODI.

Une **conférence de presse** sur le don de 10 M\$ de la Fondation familiale Trottier a été organisée le 28 mai 2013 par la Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore en collaboration avec le Service des communications du CSSS.

Médias

Le directeur général et le président du conseil d'administration ont rencontré à 3 reprises les médias locaux, ce qui a engendré des couvertures médiatiques importantes dans les jours qui ont suivi ces rencontres.

Demandes	Nombre de demandes
Médias	53
Accès à l'information	18

DIRECTION DES SERVICES DE PROXIMITÉ ET HÉBERGEMENT

SERVICES DE VACCINATION ET SANTÉ JEUNESSE

Campagne de vaccination contre la grippe

Cette année, nous avons connu une augmentation de 12 % du taux vaccinal contre la grippe. Au total, 21 701 personnes ont été vaccinées contre la grippe et/ou le pneumocoque. Le taux de satisfaction des services offerts dans les centres de vaccination populationnels était de 94 %. D'ailleurs, tous les clients qui se sont présentés dans les cliniques sans rendez-vous ont reçu leur vaccin le jour même. C'est la première fois qu'il n'y a eu aucun recours à de la main-d'œuvre indépendante pour la campagne de grippe dans les centres de vaccination populationnels.

Santé-voyage

La clinique a connu pour une deuxième année consécutive une légère augmentation du nombre d'utilisateurs et d'interventions. Un total de 4 494 utilisateurs a fréquenté la Clinique Santé-voyage alors que 5 711 interventions ont été effectuées. La majorité de celles-ci consistait en l'administration de vaccins payants. L'équipe de Santé-voyage a aussi offert 3 652 vaccins gratuits conformément au calendrier vaccinal de base de la Direction de la santé publique.

Santé scolaire

L'approche *École en santé* (AES) a été implantée dans 26 écoles comparativement à 19 l'année passée. D'ailleurs, une infirmière scolaire a été dédiée à chacune des écoles publiques pour participer à cette approche et aux rencontres. La vaccination scolaire a eu lieu dans les 51 écoles publiques et 13 écoles privées du territoire, et ce, selon les directives de la Direction de la santé publique. Un total de 5 826 vaccins ont été administrés dans les écoles primaires et secondaires.

Dans le but d'offrir leurs services aux écoles les plus à risque, les hygiénistes dentaires ont procédé au dépistage de tous les enfants des classes de maternelle du territoire du CLSC Pfds, une première depuis plus de 10 ans. Deux nouvelles écoles à risque ont été identifiées et reçoivent les services dentaires scolaires requis.

Vaccination 0-5 ans

Un total de 79 % des enfants de deux mois ont reçu leur vaccin dans le délai recommandé par la Direction de la santé publique, la cible étant de 86 %. En ce qui concerne les enfants âgés de 12 mois, le taux vaccinal a diminué passant de 62 % à 59 %, alors que la cible est de 75 %. Cette baisse est reliée à un manque d'effectifs infirmiers qui a été comblé en février dernier. Plusieurs stratégies ont de plus été mises en place en février dans le but de se rapprocher des cibles.

Autres données concernant la vaccination pour la période 2013-2014

	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interventions
Vaccination 0-5 ans	3 711	5 897
Vaccination 6 ans et plus (clinique des jeunes incluse)	2 130	2 771
Total	5 841	8 668

Clinique des jeunes des CLSC

Les infirmières de la clinique des jeunes ont pris en charge le dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) des clients asymptomatiques, un acte auparavant réservé aux médecins. Les infirmières ont fait 453 dépistages d'ITSS, incluant 22 suivis médicaux pour des tests positifs.

Le projet *Utilisateurs de drogues par injection* (UDI) est en marche depuis un an. Cependant, aucun client n'a bénéficié de ce service, et ce, malgré le repérage fait auprès de nos partenaires communautaires.

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

Prévention clinique de première ligne et du centre d'éducation pour la santé (CES)

L'infirmière-conseil en prévention clinique a poursuivi ses visites auprès des médecins et pharmaciens du territoire en plus de développer de nouveaux liens avec les infirmières travaillant en pharmacie. Elle a maintenu à jour la liste des médecins et pharmaciens du territoire. En collaboration avec la présidente de la table locale du Département régional de médecine générale (DRMG), elle a rencontré systématiquement les nouveaux médecins pour les informer des services offerts au CSSS. Dans le cadre du programme de cessation tabagique pour la clientèle fumeuse hospitalisée, elle a participé à l'élaboration d'une ordonnance préimprimée pour la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN).

Dans une optique d'approche populationnelle, l'infirmière du CES a participé à des événements, tels que le forum des femmes organisé par la députée Lysane Blanchette-Lamothé et l'Association d'entraide d'arthrite de l'Ouest-de-l'Île (AWISH). Elle y faisait la promotion des comportements à adopter visant la santé en plus de répondre aux questions sur les services offerts au CSSS.

Centre d'abandon du tabagisme (CAT)

L'implantation du programme de cessation tabagique auprès des fumeurs hospitalisés est maintenant réalisée. Près de 220 infirmières et professionnels de la santé ainsi qu'une trentaine de médecins ont participé aux formations. Des thérapies de remplacement de nicotine sont maintenant disponibles pendant l'hospitalisation. L'infirmière du CAT poursuit son intervention individuelle et elle participe aussi à l'organisation des groupes de cessation tabagique. Elle demeure également disponible auprès des autres professionnels de la santé pour la formation en *counselling bref*.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Ce programme, qui a pour but de rejoindre les femmes de toutes les communautés, a su tirer profit de l'implication de différents membres du personnel qui ont agi à titre de personnes-ressources. Le lien avec des leaders de communautés a ainsi été facilité. Cela a permis de rejoindre des personnes de communautés sikhes, musulmanes, pakistanaïses, tamoules, iraniennes et arabophones de même que des personnes du Bangladesh et de l'Indonésie. Nous avons pu rejoindre des gens par l'intermédiaire d'une émission à la radio Humsafar et d'un article de journal paru dans le journal *Bharat Times*. D'autres activités de ce genre sont en préparation.

SERVICES GÉNÉRAUX

Services courants et soins à domicile court terme

Le nombre d'interventions est passé de 24 896 en 2012-2013 à 27 236 en 2013-2014, ce qui représente une augmentation de 9 %. Les mesures de redressements appliquées durant l'année ont permis de réduire de 200 heures notre utilisation de la main-d'œuvre indépendante.

Soins palliatifs à domicile

La collaboration avec Nova l'Ouest-de-l'Île et la Maison des soins palliatifs a contribué à l'amélioration de l'accessibilité et à la continuité des services pour la clientèle palliative. Un total de 274 usagers a bénéficié de

soins palliatifs et 6590 interventions ont été enregistrées. En juillet 2013, l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal a octroyé un budget pour l'ajout de ressources affectées à chacun des CLSC.

Nous demeurons persuadés que l'impact des nouveaux effectifs en place, ajouté aux efforts de consolidation du programme et de l'équipe en soins palliatifs, permettra d'atteindre notre cible. Notre intensité moyenne de service par usager est supérieure à la moyenne montréalaise. L'objectif est de prodiguer des soins palliatifs à domicile à des personnes en fin de vie dans une proportion de 50 % des décès propices à recevoir de tels soins. À partir de données populationnelles de l'Ouest-de-l'Île, nous pouvons estimer que cela consiste à rejoindre 36 personnes de plus dans la mesure du maintien de l'intensité à 24 interventions par usager.

Physiothérapie prothèse totale de la hanche (PTH)/prothèse totale du genou (PTG)

Le nombre de demandes au programme PTH/PTG a augmenté. Cette augmentation est en lien avec les objectifs du programme. Cependant, afin d'optimiser les interventions, la possibilité d'offrir aussi des services de réadaptation ambulatoire est à évaluer. La clientèle PTH/PTG est devenue plus mobile. Les visites à domicile pour les clients plus âgés et moins mobiles pourraient demeurer alors que les clients plus mobiles pourraient être vus à l'externe.

Années	Nombre de demandes
2013-2014	444
2012-2013	474

PRÉVENTION ET GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

Programme clinique cardiométabolique

Ce programme a connu une année difficile en raison du manque de stabilité du personnel administratif. Cela a eu un impact sur le suivi de la clientèle. Des mesures de redressements, comme la mise en place d'un poste d'agent administratif exclusivement pour ce programme et l'organisation de rencontres d'équipes régulières, ont favorisé la mobilisation de l'équipe et la reprise du contrôle du suivi de la clientèle.

Volume d'activités

	CLSC	Clinique médicale Médistat	Clinique médicale Brunswick (ouverture du programme en janvier 2013)	Total
Nombre de nouveaux patients inscrits de 2013- 2014	142	57	75	274

Programme de douleur lombaire subaiguë

La collaboration avec le centre d'expertise du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) McGill a été renforcée par le support apporté dans la mise en place du programme de douleur lombaire subaiguë au CSSS Les Eskers en Abitibi.

Le programme douleur lombaire du CSSS a été soumis au prix de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) comme premier programme de ce genre au Québec. La promotion de ce programme a été faite auprès de plusieurs auditoires du CSSS. L'évaluation qualitative de l'acceptabilité réalisée par le RUIS McGill confirme la rétroaction positive de la clientèle. Les résultats cliniques de la clientèle s'avèrent aussi positifs jusqu'à ce jour. En effet, l'impact du programme sur l'intensité et l'interférence de la douleur, la fonction physique, l'anxiété et la dépression a été évalué. Les données indiquent une amélioration de ces indicateurs jusqu'à trois mois. Cependant, à partir de trois mois, il nous faut développer des stratégies afin

de renforcer l'autogestion de la douleur de la clientèle puisque les valeurs des indicateurs ont diminué. En ce sens, l'intégration de cours de groupe dans les interventions est une avenue qui est explorée. Il nous faut aussi renforcer les stratégies de promotion du programme auprès des cliniciens et de la population du territoire afin d'augmenter le nombre d'usagers. Le nombre de nouveaux clients inscrits au programme pour l'année 2013-2014 s'élève à 33.

PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE

Guichet d'accès pour la clientèle orpheline « sans médecin de famille » (GACO)

Dès le début de son opération, le GACO a été confronté à une demande importante d'inscriptions provenant de la population et des demandes d'autoréférence provenant des médecins. Durant l'année 2013-2014, la procédure d'autoréférence a été modifiée pour permettre une meilleure priorisation des clients. Le guichet d'accès demeure cependant toujours confronté à la problématique de main-d'œuvre insuffisante pour gérer le volume de demandes. Des mesures sont en cours afin de combler ce manque de ressources.

Les données 2013-2014 enregistrées sont les suivantes :

Nombre d'inscriptions	Nombre de références aux médecins	Nombre de clients en attente de référence à un médecin	Nombre de clients en attente de triage
7171	3032	1613	2850

Groupes de médecine de famille (GMF) et cliniques-réseau (CR)

Des rencontres trimestrielles ont été instaurées avec les infirmières des GMF du territoire afin qu'il y ait un partage d'expertises sur divers sujets liés à la santé et un lieu d'échange et de support pour les infirmières des GMF. Par ailleurs, la première infirmière praticienne du CSSS a été engagée et travaille au GMF Brunswick.

La performance des GMF a augmenté et notre collaboration avec eux est bien établie.

	Brunswick	Medistat	Stillview/Statcare
Nombre de visites totales avec rendez-vous	53 000	12 568	19 512
Nombre de visites totales sans rendez-vous	41 000	17 205	49 828
Nombre d'inscriptions en GMF	17 000	8 726	9 178

Aussi, une première infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) a été accueillie au CSSS ODI, dans le groupe de médecine de famille (GMF) Brunswick. En plus des activités propres à sa profession d'infirmière, elle peut exercer certaines activités médicales, ce qui élargit l'accès aux soins et services de première ligne. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal prévoit intégrer de nouveaux postes d'IPS-SPL dans les prochaines années.

HÉBERGEMENT

Plusieurs moyens visant à améliorer la qualité des services et l'approche à la clientèle ont été déployés. Tous misent en particulier sur l'approche participative et le travail d'équipe.

Un plan d'amélioration a été développé pour répondre aux recommandations reçues lors de la visite ministérielle de février 2013. Les visites de suivi de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal soulignent l'engagement et la rigueur des mesures visant à améliorer le milieu de vie. En novembre, la visite du Conseil québécois d'Agrément a révélé un taux de conformité de 99 % aux normes en soins de longue durée, pour la plus grande fierté de l'équipe de DBV.

La révision des rôles et responsabilités des préposés aux bénéficiaires (PAB), des assistants au supérieur immédiat et des infirmières chef d'équipe a été finalisée de façon à optimiser le travail d'équipe. Des rencontres interdisciplinaires quotidiennes et hebdomadaires ont été instaurées sur toutes les unités en intégrant les préposés aux bénéficiaires. Grâce au partage des observations, des échanges sur les objectifs du milieu de vie, ces rencontres ont permis de réduire le taux de contentions de façon significative, ainsi que le délai de réalisation des plans d'intervention. Nous travaillons activement à développer le programme d'accueil des nouveaux PAB ainsi que le programme d'accompagnement en soins de fin de vie, qui seront tous deux implantés prochainement. Nos efforts ont pour but d'harmoniser les pratiques de soins d'hygiène et de se centrer sur les besoins individuels des résidents. L'approche relationnelle est au cœur de nos préoccupations. Une cinquantaine de PAB ont donc pris part à l'atelier *Agir pour prévenir*. La révision de la structure du poste de PAB permettra, quant à elle, de stabiliser les équipes, d'améliorer la continuité et de cesser la rotation.

Des travaux se poursuivent également de pair avec les services techniques pour améliorer l'environnement physique et les services alimentaires du centre d'hébergement, et ce, afin de créer un milieu de vie sécuritaire et attrayant où il fait bon vivre et travailler.

Services spirituels et de la pastorale au Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger

Les services spirituels et de la pastorale sont assurés par un diacre à raison de 6 heures par semaine. Tous les mardis après-midi, il anime fidèlement la célébration de la parole. Présent également les jeudis matins, il accompagne des résidents en fin de vie ou offre un soutien spirituel selon les besoins formulés et la demande de service. Plus d'une vingtaine de bénévoles répondent également aux besoins spirituels de nos résidents en offrant la communion et en assurant ponctuellement les besoins d'accompagnement en fin de vie. Une rencontre commémorative est également organisée annuellement de pair avec le comité des résidents. La dernière survenue le samedi 23 novembre dernier a d'ailleurs connu un franc succès.

SERVICES À DOMICILE (SAD), SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA) ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP)

Optimisation en soutien à domicile

La cible de l'entente de gestion a été atteinte à 88,5 %, ce qui représente 322 314 heures directes. Bien que le nombre d'heures directes ait augmenté de 15 000 comparativement à 2012-2013, ces résultats sont inférieurs à l'an dernier (96 %). L'écart s'explique principalement par le délai d'utilisation du budget de développement ainsi que par le faible taux (8,7 %) d'heures directes professionnelles (la moyenne régionale se chiffre à 11,7 %). Les travaux d'optimisation réalisés cette année seront un levier pour augmenter le nombre d'heures directes professionnelles ainsi que la performance de l'équipe. Le défi est de conserver un climat de travail propice à l'atteinte des objectifs et de bien soutenir les équipes dans cette période de changement. Par ailleurs, un chantier relatif aux soins à domicile est en cours et un plan d'action a été élaboré. Un tableau de suivi de performance a aussi été développé.

Objectifs spécifiques réalisés

Les objectifs suivants, qui consistent à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services, ont été réalisés au cours de la dernière année. Le guichet d'accès et le service d'évaluation ont été réorganisés en une seule équipe, ce qui a permis de réduire de 50 % la liste d'attente au guichet d'accès. Le modèle d'équipe de travail en soins infirmiers est maintenant harmonisé dans les deux CLSC et la liste d'attente en physiothérapie au CLSC Pfds a diminué de 25 %, passant de 80 à 105 personnes. Enfin, une réorganisation des équipes a été effectuée. Les gestionnaires de cas et les consultants se sont approprié de nouvelles fonctions et les listes d'attentes psychosociales ont été intégrées dans les charges de cas des équipes interdisciplinaires.

Aide à domicile

Concernant l'aide à domicile, l'équivalent de dix ressources à temps complet a été ajouté grâce au budget de développement. Un guide a été créé pour les agences de la santé et des services sociaux et les agences privées alors que des dépliants ont été conçus pour la clientèle. Un cadre de référence en aide à domicile, qui inclut la révision de la politique d'aide, est désormais disponible. Il y a eu en moyenne 6289,59 heures par semaine comparativement à 5 974,51 heures en 2012-2013, ce qui représente une augmentation de 5,27 %.

Implantation de la solution informatisée RSIPA

L'outil de suivi sur l'implantation des composantes du réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) permet de constater un niveau d'implantation qui se chiffre à 61,98 % pour le CSSS. Un total de 18 intervenants ont été formés pour utiliser l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), les profils ISO-SMAF et la solution informatique RSIPA. Cette dernière formation a été donnée aux professionnels de la 1^{re} ligne et du centre d'hébergement de même qu'aux intervenants sociaux et aux infirmières de liaison de l'Hôpital. Cela représente un total de 64 heures de formation données par les formateurs du CSSS. Deux coordonnateurs professionnels ont également suivi une formation en mars relativement au contenu des plans d'intervention. Une formation sera aussi donnée aux intervenants terrains en 2014.

Regroupement régional des aides techniques

Dans le but d'améliorer la disponibilité des aides techniques, l'organisation participe au projet pilote sur le module de prêt d'équipements ayant pour but d'optimiser le processus de saisie dans le logiciel.

Statistiques

Sommaire des références 2013-2014					
Profil	CLSC Pfds	CLSC LSL	Totaux	En provenance de l'HGL	Pourcentage en provenance de l'HGL
Convalescence	198	143	341	209	60,1 %
Hébergement	21	15	36	18	50 %
Soins palliatifs	19	1	20	8	40 %
Total	238	159	397	235	59,2 %

Soutien à domicile

	2012-2013		2013-2014	
	SAPA*	DP**	SAPA*	DP**
Nombre d'usagers différents desservis	3 809	852	3 821	835
Nombre d'interventions	140 047	51 834	161 050	65 385
Nombre de clients desservis en aide à domicile, excluant les programmes spéciaux (SISAD, MDU)	1 014		1 040	
Nombre d'heures de services (aide à domicile) allouées par semaine	7 207 Régulier : 1 644.50 DP : 2 399.25 SISAD : 2 164.25 MDU : 999		6 892 Régulier : 2 403 DP : 2 169 SISAD : 1 821 MDU : 499	
Nombre d'heures de services (aide à domicile) en attente par semaine	2 872		2 216	
Nombre de clients en attente d'un premier service d'aide à domicile ou d'un rehaussement d'aide	427		308	
Nombre d'évaluations complétées	877		1476	
Nombre en attente d'une première évaluation toutes priorités confondues	902		434	

*Soutien à l'autonomie des personnes âgées

**Déficience physique

Mesure de dégorgeement des urgences (MDU)

Il y a eu une diminution de 9,7 % du nombre de profils MDU par rapport à l'année 2012-2013.

Programmes de subventions

Un total de 144 clients a bénéficié du programme de soutien à la famille dédié à la clientèle ayant une déficience physique alors que 78 clients ont bénéficié du programme de soutien dédié aux proches aidants.

Continuum de services avec la mission hospitalière

Des rencontres se sont tenues avec la directrice adjointe du programme santé physique-médecine dans le but d'améliorer les processus de transfert et la trajectoire de la clientèle, et d'amorcer l'implantation de l'approche adaptée gériatrique en milieu hospitalier. Un projet pilote de communication plus régulière a été mis en place avec l'infirmière de liaison du 4 Sud et les gestionnaires de cas des CLSC afin de faciliter le retour à domicile. Un travailleur social du guichet SAPA-DP a participé chaque semaine au comité de congés problématiques de l'Hôpital. Dans le cadre de la mesure relative aux fins de soins actifs, un intervenant réseau a permis une fluidité dans le processus de planification de congé avec l'Hôpital. Des travaux ont également été effectués de pair avec la gestionnaire des fins de soins actifs.

Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)

Des rencontres se sont tenues avec l'Hôpital dans le but de clarifier le processus de transfert des usagers vers l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF), qui compte 17 lits, et d'optimiser l'utilisation des lits.

	2012-2013	2013-2014
Taux moyen d'occupation à l'UTRF	92 %	84,1 %
Durée moyenne de séjour	26,4 jours	24,8 jours
Nombres de clients admis	217 clients	214 clients
Pourcentage des clients qui retournent à domicile ou dans leur résidence privée	75,8 %	79,2 %

Centre de jour

Les activités du groupe de support pour les proches aidants, qui ont été amorcées en mars 2012, se sont poursuivies.

Indicateurs du centre de jour :

	2012-2013	2013-2014
Nombre de jours/présence	10 611	10 649
Nombre de dossiers actifs	238 dossiers actifs	266 dossiers actifs
Moyenne d'âge	82 ans	83 ans
Nombre de départs	82 départs	101 départs
Nombre d'inscriptions	81 inscriptions	110 inscriptions

Indicateurs des ressources intermédiaires :

	2012-2013	2013-2014
Taux d'occupation à la ressource intermédiaire Saint-Raphaël	99,62 %	99,76 %
Taux d'occupation à la ressource intermédiaire Valeo Pierrefonds	99,63 %	99,79 %
Lits en ressources intermédiaires	40 admissions 40 départs 103 lits 37 456 jours présences	32 admissions 32 départs 103 lits 37 510 jours présences

Certification des résidences privées

L'ensemble des 43 résidences privées certifiées du territoire sont pour la plupart en processus de recertification. Une assistante au supérieur immédiat est responsable de créer des liens avec les grandes résidences privées pour aînés du territoire afin de mieux connaître les offres de services et d'explorer les possibilités de partenariats. Une formation mensuelle a également été offerte aux préposés aux bénéficiaires des résidences au sujet des activités d'exceptions.

Volet communautaire

L'équipe a pris part au forum de santé communautaire organisé par l'équipe de santé publique du CSSS. Elle s'est également impliquée au sein de la Table de concertation des aînés de l'Ouest-de-l'Île et a participé au comité santé. Plusieurs groupes ont bénéficié du programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) dans la communauté. Enfin, une journée *Partenaires un jour, partenaires toujours* a été organisée avec certains partenaires communautaires afin que les intervenants du CSSS connaissent mieux les ressources communautaires du territoire.

DIRECTION SANTÉ PHYSIQUE

Les dossiers prioritaires en 2013-2014 étaient les suivants. La plupart feront d'ailleurs l'objet d'un suivi dans les prochaines années.

- L'implantation de l'approche adaptée aux personnes âgées (AAPA);
- La réduction de la main-d'œuvre indépendante;
- L'embauche et la rétention
- La planification de congé et la planification de la fin de soins actifs;
- Le contrôle des infections;
- Les recommandations de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);
- L'équilibre budgétaire
- L'implantation des tableaux de lits informatisés.

Plus précisément, voici les faits marquants pour cette direction :

BLOC OPÉRATOIRE

Tout d'abord, le poste de chef du département de chirurgie est toujours vacant. Un chef intérimaire continue toutefois d'accompagner l'équipe. L'objectif principal qui consistait à augmenter le volume de chirurgies a été atteint, surtout en ce qui concerne les chirurgies de la cataracte. Une subvention de 180 000 \$ octroyée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a permis de faire l'acquisition de trois tours d'endoscopie. Grâce à des dons de particuliers, nous pouvons désormais améliorer la qualité de notre parc d'instruments et d'équipements. Ces ajouts contribuent grandement à l'augmentation de volume.

Par la suite, une inspection professionnelle de l'OIIQ a eu lieu au bloc opératoire et en salle de réveil. Les recommandations faites ont nécessité l'élaboration et la mise en place d'un plan d'action. Les recommandations prioritaires concernaient la documentation de la douleur et l'administration des opiacés. L'OIIQ a fait une visite de suivie à l'automne 2013. Un rapport verbal nous a confirmé la réussite de cette visite.

Enfin, un chirurgien en spécialité colorectale a été recruté et un nouveau chef d'anesthésie nommé.

Volume

	Cible	2013-2014	2012-2013	Variance
Patients hospitalisés	2 654	2 450	2 298	6,6 % augmentation
Patients hospitalisés PTG-PTH	275	257	256	-
Chirurgies d'un jour	3 380	3 125	3 171	1,4 % réduction
Chirurgies de la cataracte	1150	1 373	1018	34,8 % augmentation

UNITÉ DE CHIRURGIE/MÉDECINE (3 NORD/3 OUEST)

L'équipe de chirurgie s'est stabilisée. Nous avons procédé à plusieurs embauches et notre taux de rétention sur ces embauches se chiffre à 44 %. L'utilisation de la main-d'œuvre indépendante a diminué de 24 %. Les heures supplémentaires ont également diminué de 21,5 %, tous les titres d'emploi confondus, alors que les heures supplémentaires pour les infirmières et infirmières auxiliaires ont chuté de 16 %.

	3 Nord (médecine - 24 lits)	3 Ouest (chirurgie - 40 lits)
Nombre d'admissions	458	2 037
Nombre de transferts en provenance d'une autre unité	148	165
Nombre d'arrivées totales à l'unité	606	2202
Nombre de départs	554	2066
Nombre de transferts vers une autre unité	52	138
Nombre de sorties totales de l'unité	606	2204
Durée moyenne de séjour (nombre de jours)	14,26	5
Pourcentage d'occupation	98 %	75 %

UNITÉ DE MÉDECINE (4 NORD/4 OUEST)

Au sein de l'unité de médecine, l'année 2013-2014 a été une année de consolidation. En effet, 12 infirmières et candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) ont été recrutées et le nombre d'éclosions de bactéries multirésistantes (BMR) a considérablement diminué. De plus, un code de vie a été développé à partir des valeurs organisationnelles et a été soumis au Prix de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESS) dans la catégorie *Prix Innovation/Ressources humaines*. Un projet *Lean* a également débuté avec un atelier *Kaizen* donné en mars 2014. Celui-ci portait sur la planification de congé à partir de l'annonce de l'intention de congé jusqu'au départ du client. Finalement, un meilleur climat de travail en médecine a été remarqué.

Diminution de la prévalence des plaies

Unités	2012-2013	2013-2014
4 Nord	16 %	6 %
4 Ouest	19 %	14 %

	4 Nord (médecine - 35 lits)	4 Ouest (médecine - 38 lits de missions différentes)
Nombre d'admissions	737	1 447
Nombre de transferts en provenance d'une autre unité	196	209
Nombre d'arrivées totales à l'unité	933	1 656
Nombre de départs	848	1 511
Nombre de transferts vers une autre unité	76	148
Nombre de sorties totales de l'unité	924	1 659
Durée moyenne de séjour (nombre de jours)	13,49	8,12
Pourcentage d'occupation	98 %	97 %

UNITÉ DE MÉDECINE/GÉRIATRIE (4 SUD)

Cette unité a implanté au courant de la dernière année le processus de fin de soins actifs (FSA) et l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA). Elle a également procuré des soins de constances 24 heures sur 24 pour les clients de l'unité spécifique.

	4 Sud (médecine - 12 lits et gériatrie - 16 lits)
Nombre d'admissions	458
Nombre de transferts en provenance d'une autre unité	48
Nombre d'arrivées totales à l'unité	506
Nombre de départs	486
Nombre de transferts vers une autre unité	19
Nombre de sorties totales de l'unité	505
Durée moyenne de séjour (nombre de jours)	20,2
Pourcentage d'occupation	99 %

UNITÉ DE SOINS EN LONGUE DURÉE (USLD) (30 LITS EXTRA MURAUX À LA MAISON HERRON)

La fermeture de l'unité de soins en longue durée n'a pas été concrétisée par l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal au cours de la dernière année en raison du manque de lits d'hébergement dans l'Ouest-de-l'Île pour le programme d'hébergement pour évaluation (PHPE). Également, de janvier à avril 2014, il y a eu une diminution du taux d'occupation à notre USLD grâce à la mise en place du processus de la fin de soins actifs. Il n'y a donc eu aucun débordement de personnes en attente d'hébergement depuis cette date.

TRAVAILLEURS SOCIAUX

Les heures de couverture des travailleurs sociaux et des infirmières de liaison ont été réorganisées. Une rencontre journalière a désormais lieu pour assurer une meilleure cohésion au sein des équipes en ce qui concerne la planification des priorités de la journée et des congés. Les déclarations de soins en longue durée ont considérablement diminué. Le processus de fins de soins actifs (FSA) a également été implanté dans les équipes.

URGENCE ET UNITÉ D'HOSPITALISATION BRÈVE

Le comité de l'urgence se rencontre régulièrement pour améliorer l'organisation du travail et la fluidité du cheminement de la clientèle. Ce comité permet aussi de revoir les rôles et responsabilités des différents intervenants en plus de faire une révision des processus de triage. De surcroît, une monitrice supporte les nouveaux employés embauchés ainsi que les nouveaux diplômés afin de favoriser l'intégration et d'augmenter la rétention (elle était de 85 % cette année). L'urgence et l'unité d'hospitalisation brève (UHB) ont aussi collaboré avec le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) dans le but de développer un programme d'enseignement pour reconnaître un enfant nécessitant des soins critiques.

	2012-2013	2013-2014	Écart
Main-d'œuvre indépendante	42,692 heures	32,783 heures	↓ 23,3 %
Temps supplémentaire et temps supplémentaire obligatoire	20,445 heures	17,346 heures	↓ 15,2 %

	Urgence (31 civières)	UHB (12 lits)
Nombre de visites sur civière	18 084	Non disponible
Nombre de visites ambulatoires	23 251	Non disponible
Nombre de visites totales	41 335	Non disponible
Nombre d'admissions	Non disponible	1 540
Durée moyenne de séjour (nombre de jours)	2,48	2,56
Durée moyenne de séjour (civières)	23,23	Non disponible
Pourcentage d'occupation	146,84 %	Non disponible

HÉMODIALYSE

La construction d'une nouvelle unité d'hémodialyse comprenant 19 stations sera complétée dans les prochaines semaines. Le nombre total de stations sera de 28.

Hémodialyse	Nombre de traitements	Nombre de stations disponibles	Nombre de traitements aux soins intensifs
2012-2013	16 623	23	289
2013-2014	18 211	23	249
Pourcentage d'augmentation	9 %		↓ 20 %

DIALYSE PÉRITONÉALE

La construction de deux places pour dialyse péritonéale est terminée. La formation de deux infirmières cliniciennes a eu lieu. Elles feront l'enseignement et les suivis des patients ambulatoires en plus de donner la formation à quatre infirmières qui suivront les patients hospitalisés. Ces patients ont été identifiés pour être transférés de la clinique d'hémodialyse à la clinique de dialyse péritonéale qui débutera en avril 2014.

ONCOLOGIE

La construction de la pharmacie d'oncologie est terminée et est conforme aux normes recommandées.

Oncologie	Nombre de visites	Nombre de traitements
2012-2013	6 083	3 714
2013-2014	6 947	4 221

SOINS INTENSIFS

Des mesures non monétaires, comme les rencontres mensuelles *morbidité et mortalité*, ont été mises en place à la suite des recommandations formulées en novembre 2012 par le groupe d'experts en soins intensifs du Québec. Il y a également eu une augmentation de la présence médicale le jour et la mise en place d'une deuxième tournée avec l'assistante avant le départ du médecin en après-midi. De plus, un document portant sur le financement d'autres mesures a été envoyé à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Dans un autre ordre d'idées, des audits portant sur plusieurs aspects cliniques sont faits régulièrement afin de suivre la qualité de soins. À cet égard, l'équipe de prévention et de contrôle des infections fait un suivi des taux

d'infections reliés aux cathéters veineux centraux. Ces taux ont d'ailleurs diminué de façon significative à la suite des changements de pratiques apportés.

Soins intensifs	2012-2013	2013-2014
Total d'admissions	578	520
Durée moyenne de séjour	19,4	7,14
Jour/présence	3 677	3 713

INHALOTHÉRAPIE

Durant l'année, plusieurs changements ont eu lieu au sein de cette équipe. Un chef de service intérimaire et trois nouveaux inhalothérapeutes ont entre autres été intégrés à l'équipe.

Inhalothérapie	2012-2013	2013-2014
Soins critiques	748 170	874 619
Clinique externe de pneumologie	105 042	87 032
Clinique externe de pédiatrie	16 801	4 696
Suivi maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	50 660	33 859
Labo de fonction respiratoire <i>Pulmonary function test</i> (PFT)	104 350	85 119
Unités techniques provinciales totales	1 025 023	1 085 325

ÉLECTROPHYSIOLOGIE MÉDICALE

La disponibilité des équipements a augmenté à la suite de l'acquisition de cinq nouveaux appareils d'électrocardiographie (ECG). Durant l'année, l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale a visité le département.

Cardiologie	2012-2013	2013-2014
Nombre de patients total	37 235	38 761
Unités de mesure totales	625 614	666 562

ENDOSCOPIE

Certains changements dans l'organisation du travail démontrent une augmentation de volume. La cible à atteindre pour 2014-2015 est de 3900 endoscopies.

	2012-2013	2013-2014
Endoscopie	2 895	3 124
Rappel	390	-

ERGOTHÉRAPIE

Les références pour les ergothérapeutes, dans le cadre du programme de services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle adulte (SARCA), ont diminué. Une réorganisation du travail a été nécessaire afin d'assurer la mise en place des programmes de fin de soins actifs et de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA). Afin d'avoir un outil de travail uniformisé et standardisé, une feuille d'appréciation a été créée au sein du département d'ergothérapie.

Ergothérapie	2012-2013	2013-2014
Nombre de patients total	6 992	7 638
Temps travaillé total (heures)	7 529,52	7 065,52

PHYSIOTHÉRAPIE

Le programme de services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle adulte (SARCA) a obtenu un budget récurrent de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. L'année a aussi été marquée par une réorganisation du travail et par l'approbation et le déploiement du plan de développement de formation continue. Le processus d'uniformisation des documents de suivi en physiothérapie est, quant à lui, toujours en cours.

Physiothérapie	2012-2013	2013-2014
Nombre de patients total	21 074	20 662
Temps travaillé total (heures)	17 557,92	17 784,76

UNITÉ MÈRE-ENFANT ET OBSTÉTRIQUE

L'implantation du programme de prévention des chutes et du programme provincial de prévention du syndrome du bébé secoué, pour lequel 100 % des infirmières ont été formées, s'est faite durant l'année. La formation relative au programme de ressuscitation néonatale se poursuit toujours. L'introduction à l'ordonnance collective OCM-5, grâce à un formulaire d'évaluation des crevasses aux mamelons, à un rapport pour le transfert des nouveau-nés à la pouponnière et à un formulaire pour l'évaluation des nouveau-nés candidats à l'hypothermie contrôlée a également été réalisée. Le dossier *Initiative des amis des bébés* a avancé sur plusieurs points. En effet, un protocole de supplémentation de l'allaitement en cours a été mis sur pied et le contact peau à peau est initié après chaque naissance en salle d'accouchement et en salle de réveil. Il y a également une progression des taux d'allaitements exclusifs. Les nouvelles infirmières ont reçu cette année une formation de quatre heures sur l'allaitement en plus de suivre des formations sur le *biological nurturing* et l'allaitement maternel. Dans un autre ordre d'idées, cinq candidates à l'exercice de la profession infirmière ont été recrutées et une association avec Héma-Québec a été faite pour la collecte de sang de cordon.

Année financière	Nombre d'accouchements	Jours de présence pouponnière	Pourcentage d'augmentation jours de présence pouponnière
2012-2013	1 610	205	13,8 %
2013-2014	1 721	244	19 %

MAISON DE NAISSANCES

Nombre d'accouchements en fonction du lieu :

	Maison de naissance	Domicile	Hôpital (non prévu)	Hôpital (prévu)	Total
2012-2013	111	45	55	4	215
2013-2014	119	68	69	6	262

CLINIQUES AMBULATOIRES

Les travaux de rénovation qui avaient été entrepris afin de mieux répondre aux besoins de notre clientèle sont terminés.

Il y a eu, pour l'année complète, une augmentation du nombre de cliniques en maladie infectieuse, ce qui a occasionné une hausse importante du nombre de visites. Le départ du neurologue a généré une diminution des

visites. Finalement, le retour d'un plasticien a engendré une augmentation du nombre de visites pour cette clinique.

Clinique	2012-2013	2013-2014
Orthopédie	5 977	5 812
Plastie	1 960	2 465
Hématologie/Anticoagulation	15 582	14 787
Maladie infectieuse	1 231	1 847
Oto-rhino-laryngologie	1 447	1 444
Urologie	1 639	1 807
Chirurgie	2 935	2 961
Pédiatrie	609	602
Médecine interne	3 143	3 063
Gynécologie/obstétrique	779	872
Neurologie	315	89
Suivi urgence	3 302	3 000

	Nombre de visites 2012-2013	Nombre de visites 2013-2014
Centre de diabète	2 127	2 223
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	3 300	3 008
Médecine de jour	4 450	4 258

MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

Le comité est composé des membres de l'ensemble des installations issus de l'ancien comité transitoire. Par ailleurs, un sous-comité a été créé à DBV. Considérant que le comité a repris ses activités en janvier 2014, les constats qu'il a émis sont globaux et orientent les travaux pour le plan d'action 2014-2015. Les données sont basées sur les dernières vérifications de dossiers effectuées au printemps 2012 à l'Hôpital. Le registre est donc en voie de développement.

Principaux constats

- Les infirmières documentent les raisons ainsi que les facteurs de risque menant à l'utilisation des mesures de contrôle. La documentation sur l'utilisation des mesures alternatives est faible. Ces constats ont été réalisés par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) au printemps 2012.
- Les données du registre en projet pilote au 4 Est sont en voie de révision.
- L'utilisation des ridelles doit être précisée auprès du personnel soignant et dans la tenue du registre.
- 20 % du personnel est formé, ce qui est insuffisant surtout à l'Hôpital.
- Le taux d'utilisation des mesures de contrôle, qui se chiffrait à environ 50 %, était trop élevé au centre d'hébergement lors de la visite ministérielle réalisée en février 2013. À cet effet, 34 lits à deux ridelles doivent être remplacés au centre d'hébergement pour des lits à 4 ridelles. L'acquisition de ces équipements permettrait d'être conforme à la norme ministérielle visée, soit de 25 à 30 %.

SERVICES SPIRITUELS ET DE LA PASTORALE

À l'Hôpital, ce service compte trois bénévoles actifs qui font de l'écoute auprès des patients et administrent la communion à ceux qui le désirent. Une messe est célébrée tous les samedis.

DIRECTION SANTÉ MENTALE ET SERVICES SPÉCIFIQUES

SANTÉ MENTALE 2^e LIGNE

Les services suivants sont offerts selon les besoins des clients :

- urgence psychiatrique
- hospitalisation sur l'unité psychiatrique aiguë
- suivi à la clinique externe de psychiatrie
- soutien d'intensité variable
- suivi intensif dans le milieu

L'unité de soins a constaté une augmentation du nombre de clients qui n'avaient jamais consulté en psychiatrie. Il y a eu 319 admissions, dont 146 nouveaux clients. De nouveaux groupes de thérapie ont été développés sur l'unité de soins et à la clinique externe. De plus, le dépliant *Prévenir le suicide parlons-en* est maintenant disponible sur l'intranet et donc accessible à l'ensemble des employés du CSSS.

À propos de l'engorgement à l'urgence, une rencontre a lieu tous les vendredis matin pour évaluer les congés possibles avec le chef de psychiatrie, les quatre psychiatres internes, l'infirmière-chef de l'unité et les travailleurs sociaux.

Grâce à l'ajout d'un nouveau psychiatre, la liste d'attente en 2^e ligne à la clinique externe a considérablement diminué. Désormais, quatre patients doivent attendre plus de 60 jours pour obtenir une évaluation psychiatrique.

Un comité d'orientation formé de gestionnaires de la 1^{re} et de la 2^e ligne et d'intervenants pivots se rencontre hebdomadairement pour déterminer les priorités avec l'aide d'un psychiatre.

Nous travaillons aussi avec le Service de police de la Ville de Montréal pour établir une bonne collaboration entre le poste 5 et l'équipe de la psychiatrie. En 2013, le commandant et l'agent de liaison de ce poste ont passé une journée sur l'unité afin de mieux comprendre notre réalité. Également, ils nous ont offert la possibilité de les rencontrer dans leur milieu, ce que nous pensons faire durant la prochaine année. Une session d'information sur les soins psychiatriques a aussi été offerte aux superviseurs du poste 5.

Concernant le suivi intensif, nous avons commencé le déploiement du guide du client. Il s'agit d'un outil personnalisé remis à tous ceux qui débutent le programme afin qu'ils puissent obtenir de l'information sur notre mission, nos valeurs, nos services et notre équipe. En ce qui concerne le suivi variable, nous poursuivons notre travail en communauté en plus de faire connaître le service à nos partenaires et collègues de travail.

ACCUEIL PSYCHOSOCIAL

Ce service accueille toutes les clientèles qui se présentent avec un problème psychosocial. Il reçoit, évalue, traite et oriente toutes les demandes.

Faits saillants

La réorganisation des services psychogénéraux et de l'accueil psychosocial a permis d'augmenter notre capacité à répondre aux besoins de suivi psychosocial de notre population. Les intervenants de l'accueil psychosocial ont également bénéficié d'une orientation en négligence.

Principaux résultats obtenus

- 668 personnes ont reçu les services de l'accueil psychosocial.
- 338 personnes ont reçu les services psychosociaux généraux.

SANTÉ MENTALE ADULTE DE 1^{RE} LIGNE

Partie prenante du réseau local de services intégrés, l'équipe de santé mentale adulte procède au triage, à l'évaluation, à l'orientation et aux traitements des adultes ayant un problème de santé mentale. Cette équipe appuie les autres fournisseurs de services de 1^{re} ligne qui travaillent auprès des adultes, souvent en cabinet privé, en leur offrant une expertise. Deux équipes sont constituées et travaillent au CLSC LSL et au CLSC Pfd. Actuellement, trois infirmières pivots sont déployées dans les cliniques-réseau.

Faits saillants

Le nombre de clients ayant consulté en santé mentale adulte de 1^{re} ligne a connu une légère augmentation par rapport à l'année dernière. Pour mieux orienter les références de nos partenaires, chaque client est maintenant rencontré en personne par un professionnel de notre guichet d'accès pour obtenir une évaluation en santé mentale. La personne bénéficie d'une orientation personnalisée à l'intérieur d'un délai de 7 jours et d'un suivi à court terme si nécessaire.

Nous avons également réalisé un projet pilote en créant un nouveau poste d'infirmière clinicienne répondante au CLSC LSL. Son rôle est de collaborer avec le psychiatre répondant pour offrir un soutien à nos médecins de famille. Ce support nous a permis de maintenir 50 % des références du médecin en 1^{re} ligne plutôt que de les acheminer vers la psychiatrie. Nous allons en 2014-2015 implanter le même service au CLSC Pfd.

Principaux résultats obtenus :

- 1206 personnes ont été suivies en santé mentale de 1^{re} ligne. Ce nombre augmente toutes les années.
- 1419 demandes ont été traitées par le guichet d'accès santé mentale adulte.
- 441 patients ont été suivis par une infirmière clinicienne aux cliniques-réseau Medistat ou Statcare.

DI-TED

Le nombre de demandes traitées avec une priorité modérée s'est accru. Le projet d'optimisation qui assure l'accès à de premiers services de base à l'intérieur d'un délai de 30 jours aux clients DI-TED est terminé.

Approche multidisciplinaire et intégrée en stimulation (AMIS) et stimulation thérapeutique éducative précoce (STEP) en famille

Le développement de l'intervention intégrée des tout-petits qui sont en attente d'un diagnostic ou d'enfants vulnérables qui ont des retards sans diagnostic (0-5 ans) se poursuit.

L'équipe a rencontré 230 enfants cette année et a poursuivi les activités de groupes, soit un groupe ouvert de stimulation précoce, un groupe francophone et anglophone de préparation scolaire et un groupe de stimulation verbomoteur. Des groupes de stimulation précoce pour les enfants en attente de diagnostic TED sont toujours offerts. Des conférences pour sensibiliser les parents au développement des enfants qui souffrent de retards ont aussi été développées.

SANTÉ MENTALE JEUNESSE

Le volume de demandes de services traité au guichet d'accès a augmenté, passant de 558 à 618 références. Un total de 236 nouveaux clients a été rencontré cette année, alors que la cible de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal est de 293 nouveaux clients. Nous travaillons actuellement à optimiser notre processus de traitement, car la cible a augmenté de façon importante (500 clients). Par exemple, nous avons développé un module d'évaluation des nouvelles demandes afin de mieux identifier le niveau de service requis et ainsi diriger les clients au bon endroit. Les charges de cas des intervenants sont également suivies chaque mois. Le module d'évaluation et la révision mensuelle du *caseload* a permis de réduire l'attente pour le traitement de 6 à 3 mois.

JEUNES EN DIFFICULTÉ

Une entente de service avec les deux commissions scolaires du territoire a été développée. Les processus administratifs ont été révisés pour améliorer l'efficacité des services. Au total, 1554 usagés ont reçu 9 819 interventions.

CRISE-ADO-FAMILLE-ENFANCE (CAFE)

Une entente régionale a été conclue avec les deux centres hospitaliers pour enfant. Au total, 84 usagés ont reçu 596 interventions. De plus, nous sommes à mi-chemin dans le déploiement du programme *Alliance*, une nouvelle approche pour travailler avec les familles négligentes. Le déploiement complet est prévu en avril 2015.

PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

Projet-pilote pour les rencontres prénatales

Ce projet, qui a connu ses débuts en janvier 2011, se terminera en mai 2014. Supporté par la Direction de la santé publique de Montréal et l'Université de Montréal, il a été conçu pour améliorer le transfert des connaissances lors des rencontres prénatales et ainsi s'assurer que les informations données aux futurs parents perdurent dans le temps. Le projet sera déposé sous peu à titre de pratique exemplaire.

Certification Initiative amis des bébés (IAB)

Une demande sera effectuée prochainement pour renouveler la certification des deux CLSC et de la Maison de naissance au printemps 2015. Le taux d'allaitement pour l'année 2013-2014 se chiffre à 92 %.

Autres données de l'année 2013-2014

	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
Intervenants en périnatalité	10 703	21 784
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	210	1 970
Programme oeuf, lait, orange (OLO)	128	319
Vaccination CLSC LSL	1 068	1 719
	Nombre	Nombre de participants
Haltes d'allaitement	149	3 873
Rencontres prénatales	113	1 504

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

L'opération séduction s'est poursuivie afin de recruter de nouveaux médecins au CSSS. Plusieurs résidents ont été rencontrés lors de la Journée carrière Québec organisée par la Fédération des médecins résidents du Québec, laquelle s'est tenue au Palais des congrès en octobre.

La dernière année a été marquée par la visite du Collège des médecins, qui s'est tenue du 5 au 18 octobre 2013 aux départements de l'urgence, de médecine interne ainsi qu'à l'administration du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Par ailleurs, une prochaine visite est prévue en novembre 2014 au CMDP pour un contrôle du volet administratif. L'urgence fera également l'objet d'une visite en octobre 2015.

Un processus de révision des départements a aussi été entamé. Le premier département concerné a été celui de la chirurgie. Plusieurs améliorations ont été enregistrées : une fiche d'évaluation de l'efficacité chirurgicale a été introduite pour mieux évaluer l'utilisation du bloc, et de nouvelles procédures encadrent maintenant la classification des cas urgents ainsi que la révision et la priorisation des besoins en équipements. Le progrès se poursuivra bien sûr en continu. Tous les départements seront ainsi revus.

Enfin, l'année s'est terminée par l'entrée en fonction d'une nouvelle directrice des services professionnels et hospitaliers (DSPH) le 3 mars 2014.

LABORATOIRE

Tout d'abord, le projet d'informatisation de la pathologie, de la cytologie et du rehaussement du système informatique du laboratoire est toujours en discussion et en planification par l'entremise du projet Opti-lab.

Le projet visant l'amélioration de la qualité des requêtes médicales reçues au laboratoire suit son cours. Une formation est prévue pour l'ensemble du personnel infirmier sous peu.

Les équipements de biochimie et d'hématologie sont désuets. Des solutions sont présentement étudiées pour pallier cette situation. Il en est de même pour ceux de la chaîne préanalytique.

En microbiologie, l'ajout d'un quart de soir permet une meilleure réponse en cas de septicémie et améliore de façon considérable les soins aux patients puisqu'il permet d'analyser plus rapidement les cas de *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline par la technique PCR (*polymerase chain reaction*) et les cultures pour le contrôle des infections.

Laboratoire global	2012-2013	2013-2014	Écart en nombre	Pourcentage d'augmentation
Nombre de procédures	3 024 945	3 096 052	71 107	2,4 %

RADIOLOGIE

Inspections

Le département a reçu la visite d'Agrément Canada, de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec et de la Commission canadienne de sûreté nucléaire. Les trois inspections ont permis de réviser l'ensemble des techniques d'examen et d'apporter les correctifs nécessaires. Nous avons aussi profité de cette occasion pour revoir notre flux de travail et améliorer nos protocoles. Dans l'ensemble, les inspections se sont très bien déroulées. L'équipe est fière des résultats obtenus. Le travail préalable aux inspections fut très exigeant, mais toute l'équipe a collaboré afin qu'elles soient un succès.

Augmentation du volume d'activités

Une augmentation des unités techniques d'environ 5 % a encore été constatée. En effet, le nombre d'examens a augmenté dans toutes les spécialités, et ce, sans l'ajout de temps travaillé. L'augmentation la plus marquée concerne la résonance magnétique. Elle se chiffre à 12 %. L'équipe a aussi réussi à accroître le nombre d'examens en échographie tout en réduisant significativement les heures supplémentaires.

Nouvel équipement

Le département de médecine nucléaire a remplacé une de ses caméras gamma par une caméra gamma hybride couplée avec un tomomodensitomètre. Cette acquisition a nécessité des travaux d'agrandissement pour son installation dans les locaux de la médecine nucléaire. À la suite de la mise en place de cette nouvelle technologie, le temps d'attente pour un examen cardiaque a connu une diminution significative.

Transcription médicale

À la suite de la visite du Collège des médecins, une recommandation a été formulée concernant le délai alloué pour la transcription des rapports de radiographie générale (rayons X). Les secrétaires médicales ont fait beaucoup d'efforts pour diminuer le délai en deçà d'un mois.

Rehaussement du système PACS

Le département de radiologie a été le site pilote du Québec pour le rehaussement de la dernière version du système PACS de McKesson. Cette tâche n'a pas été des plus faciles et a nécessité beaucoup de temps et d'efforts de la part de l'équipe. Elle possède maintenant un système doté d'une interface Web, permettant à l'ensemble des utilisateurs de l'Hôpital d'avoir accès aux images par l'intermédiaire d'Internet.

PHARMACIE

Le service de la pharmacie a vécu une année bien chargée. Elle continue à être confrontée à la pénurie de médicaments de plusieurs compagnies, telles que Sandoz, Hospira et Baxter. Plusieurs médicaments sont sur allocation. Les départements et médecins touchés par ces restrictions sont avisés à l'avance et la pharmacie continue de préparer certains injectables pour pallier cette pénurie.

Nous sommes en phase 3 du déploiement des systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM). Les caméras de vérification ont été installées dans la salle de préparations stériles ainsi que dans la salle de préparations stériles de l'oncologie. Cela permet un suivi étroit de la part du pharmacien lors de la préparation des médicaments à partir du poste de travail.

Les rénovations de la pharmacie satellite d'oncologie, qui ont débuté au mois d'août 2013, se sont terminées au mois de janvier 2014. La nouvelle salle stérile d'oncologie comporte maintenant deux hottes de préparation, ce qui permet de mieux combler les besoins de la population.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité, la pharmacie s'engage à améliorer et à rendre plus sécuritaire les services pharmaceutiques offerts aux patients ainsi qu'à participer à tout développement nécessaire pouvant avoir un effet positif. Elle continue à élaborer des politiques et procédures, des protocoles de médicaments et des ordonnances préimprimées afin d'assurer un circuit de médicaments sécuritaire.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le mandat de l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) est de promouvoir un environnement sécuritaire et une pratique clinique de qualité afin de réduire le risque infectieux. La prévention et le contrôle des infections comportent de multiples facettes qui touchent tous les secteurs d'activité du CSSS. De ce fait, le mandat de l'équipe s'étend à tous les programmes et directions de l'organisation.

En novembre 2013, Agrément Canada a approuvé 100 % des normes de PCI à travers tous les départements du CSSS et a souligné la force de cette équipe.

Au cours de l'année, le comité de PCI s'est rencontré à huit reprises pour discuter de problématiques et de l'amélioration de la pratique en plus d'approuver et de réviser plusieurs politiques, comme la gestion des infiltrations d'eau et la prévention de la moisissure, des règles de soins comme l'*Enterococcus* résistant à la Vancomycine et la *Staphylococcus aureus* de même qu'une ordonnance collective. Ces documents sont disponibles sur l'intranet pour consultation. Un manuel des politiques a également été distribué à travers le CSSS.

Hygiène des mains

Un programme corporatif d'hygiène des mains a été chapeauté par un sous-comité. L'outil d'audit a été évalué et un essai est prévu pour le mois d'avril 2014.

L'équipe a aussi organisé deux semaines d'activité. La Semaine internationale d'hygiène des mains, à laquelle 368 personnes ont participé, s'est déroulée en mai sous la thématique *Demandez-moi*. La Semaine de prévention et contrôle des infections, à laquelle 492 personnes ont participé, s'est tenue en octobre sous la thématique *Le contrôle des infections, ça compte! Passez le mot!* Au cours de cette dernière semaine, un *jeopardy*, un quiz, un stand ambulant et un stand d'information ont été organisés.

En février, la compagnie Deb a changé tous les couvercles des distributeurs de rince-mains à base d'alcool afin d'inclure des pictogrammes sur l'hygiène des mains. Une formation a aussi été donnée en lien avec ce sujet et la façon d'éviter la contamination des gants. Quelque 287 personnes y ont participé à l'Hôpital ainsi que 57 personnes à DBV.

Zones grises

Dans le cadre de la clarification et de la résolution des zones grises, 60 % de l'objectif a été atteint. Les phases relatives au choix de produits de nettoyage et de désinfection adaptés et à l'attribution des responsabilités et mécanismes de suivi sont en cours. En attendant, les recommandations de l'équipe de prévention et contrôle des infections ont préséance.

Organismes résistants aux carbapénèmes

Il y a eu 10 cas nosocomiaux d'organismes résistants aux carbapénèmes (ORC), avec prédominance de *Citrobacter freundii*. Ces cas étaient sporadiques ou résultaient d'une transmission aux soins intensifs. Le suivi des cas exposés et la gestion de l'environnement ont rapidement limité la transmission. Depuis 2011, toutes les cultures en microbiologie sont évaluées pour une résistance multiple.

Influenza

Cette année, l'activité d'influenza a été plus élevée : 122 cas ont été identifiés, dont 23 admissions aux unités, 7 admissions aux soins intensifs et un décès. D'ailleurs, il y a eu plus d'admissions que durant la pandémie H1N1 de 2009. Une éclosion d'influenza a eu lieu à l'unité de psychiatrie (4 Est) où 4 cas y étaient reliés. En conclusion, le besoin de vaccination contre la grippe saisonnière est toujours pertinent.

Gastroentérite

Aucune éclosion de gastroentérite n'a été enregistrée à l'HGL.

Bactériémies sur cathéters

Les taux de bactériémies sur cathéters veineux centraux aux soins intensifs restent identiques à l'année précédente alors qu'en hémodialyse chronique le taux est inférieur aux taux de référence du Québec, qui sont déterminés par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), et des États-Unis.

SARM, C. difficile et ERV

Concernant les microorganismes environnementaux, les taux nosocomiaux de colonisation pour le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) sont semblables à l'année dernière. Toutefois, le taux d'infections est réduit. Les taux de *C. difficile* et d'Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV), quant à eux, suivent la tendance à la hausse qui touche l'ensemble de la province (le taux de référence est en attente de validation).

Indicateurs – HGL	2013 - 2014	2012- 2013	2011- 2012	2010- 2011	INSPQ Québec 2012- 2013	INSPQ- Québec 2013-2014 (en attente de validation)
Taux de C. difficile nosocomial/10 000 jours présence	10,2	8,4	5,8	10,0	7,3	8,2
Taux de SARM nosocomial/10 000 jours présence	4,7	4,0	6,8	3,6	NA	NA
Taux d'ERV nosocomial/10 000 jours présence	16,2	13,6	22,0	2,6	8,3	16,5
Taux de bactériémies sur cathéters veineux centraux/ 1000 jours cathéter (aux soins intensifs)	0,4 1 infection	0,43	0,94	2,5	1,2	0,2
Taux de bactériémies en Hémodialyse chronique/ 100 patients-périodes	0,2	0,09	0,26	0,20	0,4	0,3

Infections du site opératoire

La surveillance des infections du site opératoire se poursuit pour les césariennes, la chirurgie orthopédique (arthroplasties de la hanche et du genou, réduction ouverte et fixation interne, semi-prothèse, Moore) et les procédures colorectales. Dans le cas des césariennes et de la chirurgie orthopédique, les taux d'infections sont sous dessous les moyennes américaines comparables. Il y a également eu une réduction de 33 % du nombre d'infections liées à la chirurgie colorectale.

Surveillance active au centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger

Le taux moyen d'infections nosocomiales par type est passé de 3,10 en 2012-2013 à 2,36 en 2013-2104. Il y a eu une éclosion de gastroentérite qui a touché 19 personnes en début d'année. Le taux global d'infections en soins de longue durée varie de 1,8 à 13,5 infections par 1000 jours-résidents.

Le décompte des bactéries multirésistantes nosocomiales (BMR) est comparable à l'année dernière. Bien que plusieurs nouveaux résidents soient admis en ayant une bactérie multirésistante nosocomiale acquise dans leur hôpital de provenance, il n'y a pas eu de transmission à l'intérieur de l'institution.

Le taux de vaccination antigrippale des résidents a été plus bas cette année. Il se chiffrait à 80,8 % comparativement à 86,4 % l'année dernière. Il n'y a eu aucune éclosion de SAG/Influenza à DBV.

Nous continuons d'offrir de la consultation auprès des CLSC, des ressources intermédiaires et du reste de la communauté.

SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES

Voici un aperçu des dossiers travaillés en 2013-2014 au Service des archives médicales :

- Maintien des activités du comité des formulaires CLSC, CHSLD et CH;
- Continuation des travaux dans le cadre de l'eSMAF;
- Poursuite de l'implantation de dossiers dans les ressources intermédiaires (RI) et les ressources non institutionnelles (RNI);
- Envoi mensuel de fichiers à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour mettre à jour l'index patient maître (IPM);
- Rehaussement de Clinibase, SIURGE et Med-Echo;
- Envoi massif de dossiers chez Iron Mountain (dossiers d'accouchement, de bébés et de décès);
- Épuration de dossiers;
- Envoi de 84 boîtes de dossiers pour séchage à la suite d'un dégât d'eau;
- Poursuite de l'entrée de données pour le registre québécois du cancer;
- Réabonnement à la base de données UpToDate;
- Mise en place du tableau de bord des lits électroniques et destruction du tableau papier;
- Destruction de dossiers au CLSC Pfds;
- Sortie de dossiers pour les différentes visites professionnelles;

	Type de dossier	2013-2014
CLSC Pfds	Permanent	7983
	Temporaire	420
	Vaccination influenza	1606
	Vaccination école	160
CLSC LSL	Permanent	3378
	Temporaire	1472
	Vaccination influenza	1127
	Vaccination école	8
HGL	Permanent	13 762
Nombre de dossiers sortis pour les cliniques du centre ambulatoire:		50 000*

* Ce nombre est approximatif

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

Au cours de l'année 2013-2014, la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel a contribué à l'obtention de l'agrément et à l'accompagnement du CSSS dans sa réorganisation axée vers l'excellence. Elle s'est également bonifiée grâce à l'ajout du volet développement organisationnel à offre de service et à l'entrée en fonction d'une nouvelle directrice à la fin de l'année.

FORMATION

Le processus d'élaboration du plan de formation a été peaufiné. Ce plan organisationnel de développement et de maintien des compétences vise à structurer les activités dans le temps en faisant état des besoins exprimés et des ressources humaines et financières disponibles.

Toujours avec l'objectif d'offrir des formations qui répondent aux besoins et qui permettent de relever les défis en matière de services à la clientèle, la cueillette d'informations sur les besoins de chaque direction a été nécessaire pour évaluer les activités de développement les plus pertinentes.

La dispensation des services de qualité au CSSS de l'Ouest-de-l'Île repose sur les connaissances, les habiletés et les attitudes des employés. De ce fait, le CSSS reconnaît l'importance de maintenir à jour et de développer les compétences de son personnel en fonction de l'évolution des mandats et des enjeux organisationnels. Investir dans la formation du personnel est une valeur ajoutée au CSSS de l'Ouest-de-l'Île!

DOTATION

Pour l'année 2013-2014, les efforts se sont poursuivis pour attirer et retenir les employés au CSSS ODI. Un processus de révision a été entamé pour tous les profils de compétences et les outils de sélection pour maximiser notre performance lors de la sélection de candidats. Ce processus est fait en collaboration avec tous les gestionnaires dans le but précis d'obtenir des profils de compétences, des tests de sélection et des grilles d'entrevues par poste et par spécialité qui permettront de rehausser le niveau d'adéquation du profil recherché pour assurer les meilleurs services.

Au courant de la dernière année, 330 nouveaux employés, dont 98 infirmières (incluant des candidates à l'exercice de la profession infirmière et des infirmières cliniciennes), 5 psychoéducateurs, 3 psychologues, 10 travailleurs sociaux, 5 physiothérapeutes, 5 ergothérapeutes et 10 inhalothérapeutes ont été embauchés. Ces embauches, jumelées à tous les efforts organisationnels pour améliorer la rétention des employés, ont permis de diminuer de façon significative le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) et au temps supplémentaire (TS).

Diminution de la MOI et du TS par rapport à 2012-2013

Diminution de la MOI : 22 161 heures (17,4 %)

- Soins infirmiers de 16 %
- Préposés aux bénéficiaires de 71 %
- Employés de bureau et cadres de 33 %

Diminution du TS : 23 452 heures (24,2 %)

- Soins infirmiers de 26 %
- Préposés aux bénéficiaires de 15 %

RELATIONS DE TRAVAIL

Le service des relations de travail poursuit ses efforts pour améliorer le climat de travail et ainsi maintenir de bonnes relations avec les syndicats. En ce sens, deux études qui concernent le climat de travail ont été réalisées pour supporter les gestionnaires et mieux les outiller dans la gestion de leur équipe de travail.

SERVICE DE SANTÉ

Comme dans l'ensemble du réseau, l'assurance salaire est un enjeu. En plus de poursuivre sa participation au système de management en santé et sécurité du travail, un audit sur la gestion des invalidités, auquel les membres de l'équipe et 12 gestionnaires ont participé, a été effectué par l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Un plan d'action est d'ailleurs en implantation à la suite des différentes recommandations formulées.

La consolidation de l'équipe et la centralisation du budget pour favoriser les assignations temporaires, quant à elles, ont déjà été mises en place.

Employeur de choix : SMSST

Le Système de management de la santé et de la sécurité du travail (SMSST) a été lancé à l'automne 2013. Le CSSS fait partie des 24 premiers établissements québécois à y avoir adhéré. Préconisée par le réseau de la santé, cette approche plus organisée de la prévention balise l'analyse de l'environnement de travail et prévient plus efficacement les situations potentiellement à risque.

DÉVELOPPEMENT DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Conseil multidisciplinaire

450 professionnelles de 48 titres d'emplois différents font partie du conseil multidisciplinaire. La chef de service stage et formation de même que les coordonnateurs professionnels offrent un soutien au comité dans l'exercice de leurs fonctions. D'ailleurs, trois coordonnateurs professionnels ont maintenant des postes de gestion au CSSS.

Stages

Conformément à la circulaire 2012-2013 nommée *Vérifications des antécédents judiciaires de toute personne désirant exercer des fonctions ou sa profession au sein d'un établissement de santé* émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux, nous procédons depuis la dernière année à la vérification des antécédents judiciaires de tous les stagiaires. Cette année, 115 stagiaires ont travaillé 18 879 heures.

Curateur public

Près de 50 dossiers ont été traités cette année en lien avec le Curateur public. Six intervenants pivots soutiennent les professionnelles des différentes directions dans la réalisation des évaluations et réévaluations des majeures inaptes.

Politique

En octobre 2013, la politique sur la carte d'identité et d'accès a été créée pour assurer la sécurité, la gestion des accès et l'identification auprès de la clientèle. Le CSSS rend obligatoire le port de la carte d'identité et d'accès pour l'ensemble du personnel, des médecins, des stagiaires, des bénévoles et de toute autre personne autorisée par l'organisation et agissante pour cette dernière à titre contractuel.

SANTÉ AU TRAVAIL

Tel qu'indiqué dans la planification stratégique 2012-2015 du CSSS ODI, le programme Santé au travail a réalisé au cours de la dernière année son objectif de prévention et de promotion de la santé auprès des employeurs et travailleurs du territoire. Le taux de couverture des entreprises a augmenté, passant de 87 % en 90 %.

Par ailleurs, nous avons joint 78 travailleurs potentiellement exposés au plomb dans le cadre du projet provincial *Plomb propanier* du Réseau de santé publique en santé au travail. L'utilisation sécuritaire d'une pâte servant de scellant pour les tuyaux ou son remplacement par une autre est recommandé comme mesures préventives. Nous avons également signalé auprès d'employeurs, de travailleurs ou de leurs représentants de la Direction de la santé publique et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) sept situations jugées hors-norme. Les entreprises concernées ont dû prendre les mesures préventives nécessaires pour corriger ces situations et ainsi protéger leurs travailleurs exposés à certains contaminants. Ce nombre est grandement en diminution par rapport aux années précédentes grâce à l'amélioration de la prise en charge de la prévention par les employeurs et travailleurs de notre territoire.

En ce qui a trait à notre mandat dans le secteur du bâtiment et des travaux publics (enquêtes sur les maladies à déclaration obligatoire, dépistages médicaux, production de programmes de santé spécifiques aux établissements, réponses aux demandes de services de la CSST et milieux de travail), nous avons mis de l'avant une nouvelle approche intégrée par chantier. Cette approche nous a permis de faire de la promotion et de la prévention en santé sur une trentaine de chantiers de construction de l'île de Montréal. Ces interventions sont relatives aux risques pour la santé, tels que l'amiante, la silice, le monoxyde de carbone et autres contaminants.

Enfin, au début de l'année 2014, l'équipe Santé au travail s'est engagée formellement dans une période de transition vers la mise en place d'une nouvelle structure administrative. L'équipe relèvera exclusivement, à compter de janvier 2015, de la Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

La Direction des services techniques a réalisé de nombreux projets de construction en 2013-2014, dont certains sont toujours en cours :

- La phase 4 de la réfection de l'enveloppe extérieure du bâtiment (HGL) a débuté en juin 2013 et s'est échelonnée jusqu'en février 2014. Le projet consistait à reconstruire l'enveloppe du bâtiment de l'Hôpital (entrée principale, nouvelles fenêtres et toitures);
- La phase 5 de la réfection de l'enveloppe extérieure du bâtiment a débuté en février 2014 et se déroulera jusqu'en juin 2014. Le projet consistait à faire la réfection du hall d'entrée, du poste d'accueil et de la configuration du corridor et de la rotonde.
- Le réaménagement du centre ambulatoire, des cliniques spécialisées et de l'hémodialyse a débuté à l'automne 2012 et se déroulera jusqu'en mai 2014. Le projet a pour but d'améliorer la fonctionnalité du centre ambulatoire et de remettre aux normes le département de l'hémodialyse;
- Le réaménagement de la pharmacie d'oncologie s'est terminé en janvier 2014. Le projet consistait à agrandir la pharmacie et à la remettre aux normes.

Notons que des travaux ont aussi été réalisés sur l'ascenseur du CLSC Pfds et qu'une étude est réalisée concernant la vétusté du bâtiment de DBV.

Dans le cadre du plan triennal de maintien des actifs, le CSSS a obtenu de l'Agence 2 448 733 \$ en immobilisation, 1 698 410 \$ en équipements médicaux et 375 767 \$ en équipements non médicaux.

SERVICES ALIMENTAIRES

Les services alimentaires ont entrepris des travaux pour améliorer le climat de travail. Par ailleurs, la baisse de revenue à la cafétéria s'est avérée moins importante que prévue en lien avec la nouvelle politique alimentaire.

GÉNIE BIOMÉDICAL

Le service du génie biomédical a réalisé plusieurs projets d'acquisition d'équipements médicaux, dont certains se poursuivent toujours :

- Remplacement et ajout de petits équipements dans les unités pour un total de 1,5 million;
- Remplacement de tous les appareils d'électrocardiographie au service de cardiologie. De plus, grâce à des dons, nous avons pu augmenter notre flotte et avons présentement un total de 6 appareils;
- Remplacement du système de monitoring à l'urgence. L'installation du nouveau système est prévue pour septembre 2014;
- Remplacement des machines d'anesthésie et du système de monitoring à la salle de réveil. Au bloc opératoire, 7 appareils d'anesthésie ont été remplacés en février 2014. L'installation du nouveau système de monitoring est prévue pour septembre 2014.
- Une nouvelle caméra gamma avec CT a été implantée en médecine nucléaire en septembre 2013.

À la suite de la mise à jour de l'inventaire des équipements médicaux pour tout l'établissement, un programme d'entretien préventif a été développé. Ce programme est suivi par les techniciens en génie biomédical dans le logiciel de gestion de la maintenance *Senegy*.

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

Les débarbouillettes de ratine ont été remplacées par des débarbouillettes jetables à l'Hôpital et au centre d'hébergement. Cette solution se veut moins coûteuse et tout aussi efficace, puisque chaque année 80 000 débarbouillettes devaient être achetées en raison de leur perte ou de leur usure. De plus, cette solution permet de maintenir un inventaire adéquat dans l'ensemble des unités de soins.

Les aiguilles souillées ne sont désormais plus entreposées dans des boîtes de carton, mais plutôt dans des contenants réutilisables, une initiative écoresponsable.

DIRECTION DES FINANCES

L'année 2013-2014 s'est terminée par un déficit de 6,5 M\$ comparativement à une cible budgétaire de 9,4 M\$ convenue avec l'Agence de Montréal. Ce résultat a été atteint grâce aux nombreux efforts que l'ensemble de l'organisation, le personnel, les gestionnaires, les directeurs ont fournis tout au cours de l'année dans une perspective de retour à l'équilibre budgétaire sur deux ans.

Nous avons travaillé durant l'été 2014 sur une évaluation budgétaire de sous-financement historique que nous avons déposé à l'Agence de Montréal. Ce portrait explique la provenance de notre déficit récurrent qui est principalement en lien avec l'augmentation de l'offre de service au cours des dernières années. Il a permis de mieux faire comprendre la situation financière de l'établissement. Tout au long de l'année, nous avons régulièrement rencontré l'Agence au sujet de nos résultats financiers et de la réalisation de nos mesures de redressements 2013-2014. En reconnaissance de notre performance, de nos efforts et de notre détermination à l'atteinte de l'équilibre budgétaire, elle a contribué à réduire notre déficit de cette année par le dépôt d'un financement non récurrent de 2,25 M\$ en plus d'un financement additionnel de l'ordre de 750 000 \$ récurrent.

Pour 2013-2014 le conseil d'administration a entériné un plan de redressement de l'ordre de 3,5 M\$ (voir tableau 1). Ce plan a été suivi tout au long de l'exercice. Il comporte différentes mesures, dont la réduction des heures supplémentaires et de la main-d'œuvre indépendante (MOI), l'optimisation de l'organisation du travail dans plusieurs secteurs tel que le soutien à domicile et l'urgence. Aussi, comme il en a été question précédemment dans ce rapport annuel de gestion, différents chantiers de travail ont été déployés. Ces chantiers visent bien sûr une amélioration de la performance administrative et clinique, mais permettent également, pour plusieurs, des gains en ce qui concerne la performance financière. Les chantiers en cours se poursuivront en 2014-2015, et d'autres seront mis en place.

En parallèle, une analyse détaillée de performance par centre d'activité a été réalisée par la firme Raymond Chabot Grant Thornton (RCGT). Cette analyse démontre que nous avons un écart de performance de 2,8 M\$ pour l'ensemble de l'organisation. Elle a été déposée à l'Agence de Montréal et au ministère de la Santé et des Services sociaux, et nous sert de base de travail pour l'élaboration de notre planification budgétaire 2014-2015. Notre objectif est de ramener l'ensemble de l'organisation, par centre d'activité, à un niveau de performance au-dessus de la moyenne.

Depuis 2010-2011, notre CSSS s'est vu imposer, par la Loi 100, une réduction des dépenses administratives pour un montant de 1 023 000 \$. Des mesures ont été mises en place pour atteindre cet objectif. La loi 100 exige entre autres une réduction de 10 % des dépenses administratives ciblées, principalement dans les directions soutiens (finances, ressources humaines, services techniques, services professionnels et direction générale) sur une période de quatre ans se terminant cette année au 31 mars 2014. Nous avons dépassé de 3 % (voir le tableau Application du projet de loi 100 adopté le 11 juin 2010 à la page suivante).

Tableau 1

Mesures de redressement 2013-2014	Réductions de coûts potentielles
1. Réduction du temps supplémentaire	147 983 \$
2. Réduction de la main d'œuvre indépendante	330 750 \$
3. Optimisation administrative (révision des primes)	10 855 \$
4. Non remplacement temporaire	1 484 308 \$
5. Optimisation et réorganisation du travail	939 517 \$
6. Amélioration et optimisation de l'urgence	639 440 \$
Grand total	3 500 000 \$

APPLICATION DU PROJET DE LOI 100 ADOPTÉ LE 11 JUIN 2010

RÉDUCTION DE 10% DES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT DE NATURE - SUIVI DE LA CIBLE DE RÉDUCTION À ATTEINDRE EN 2013-2014 P/R AUX DÉPENSES 2009-2010 -		DÉPENSES RÉELLES ANNÉE DE BASE 2009-2010 AJUSTÉES	Cible	Objectif à atteindre en 2013-2014 avec transfert de Paie	DÉPENSES RÉELLES ANNÉE 2010- 2011	DÉPENSES RÉELLES ANNÉE 2011- 2012	DÉPENSES RÉELLES ANNÉE 2012- 2013	DÉPENSES RÉELLES ANNÉE 2013- 2014
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Centres d'activité désignés :								
6766 et 7157	Direction, coord. et soutien administratif - Santé publique 1	147 282 \$	132 554 \$	132 554 \$	109 596 \$	46 389 \$	83 821 \$	153 518 \$
7300	Administration générale	XXXX			XXXX	XXXX	XXXX	
7301	Direction générale 2	2 252 893 \$	2 027 604 \$	2 027 604 \$	1 690 918 \$	1 547 631 \$	1 351 613 \$	1 590 292 \$
7302	Administration financière 3	1 580 342 \$	1 422 308 \$	1 914 391 \$	1 450 802 \$	1 515 099 \$	1 807 523 \$	1 817 664 \$
7303	Administration du personnel 4	3 157 976 \$	2 842 178 \$	2 350 095 \$	3 156 418 \$	2 738 070 \$	2 439 051 \$	2 537 368 \$
7304	Adm. des services professionnels 5	739 177 \$	665 259 \$	665 259 \$	678 041 \$	617 783 \$	223 422 \$	387 030 \$
7305	Service de la vérification interne 6	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$			
7306	Adm. financière & du personnel (non réparti) 7	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$			
7307	Approvisionnement et services 8	794 501 \$	715 051 \$	715 051 \$	865 118 \$	756 303 \$	739 587 \$	766 954 \$
7320	Administration services techniques 9	458 987 \$	413 088 \$	413 088 \$	538 652 \$	435 815 \$	545 281 \$	335 394 \$
7340	Informatique 10	1 108 635 \$	997 772 \$	997 772 \$	1 156 689 \$	1 083 190 \$	1 155 688 \$	1 343 443 \$
	Réduction additionnelle appliquée à des CA autres que ceux	XXXX			XXXX			
	Total des centres d'activité 12	10 239 793 \$	9 215 814 \$	9 215 814 \$	9 646 234 \$	8 740 280 \$	8 345 986 \$	8 931 663 \$
	% réalisé		10%					13%
Cible à atteindre en 2013-2014	13 <i>10% du total des dépenses 2009-2010 de nature administrative (réf.: art. 11 de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010)</i>	1 023 979 \$	1 023 979 \$		593 559 \$	1 499 513 \$	1 893 807 \$	284 150 \$
	Solde de la cible à atteindre au 31 mars 2014 (10%) 14	9 215 814 \$						

SERVICE DE L'INFORMATIQUE

Le personnel du CSSS reçoit le support du centre de services informatiques (CSTI). Le service est constitué d'une équipe de professionnels dont l'expertise technologique vise l'acquisition, le développement, le soutien et la disposition des technologies de l'information.

Plusieurs réalisations ont été effectuées pendant l'exercice financier 2013-2014 en collaboration avec les différents départements ciblés. Le CSSS a activement participé au déploiement régional du Dossier Santé Québec (DSQ). Ainsi, les travaux permettant le transfert des résultats de l'imagerie médicale et du laboratoire vers les entrepôts de données régionaux ont été complétés. De plus, dans le secteur de l'imagerie médicale, le CSSS a procédé au rehaussement de l'infrastructure technologique du PACS. Ce système permet la numérisation des images et la transmission des rapports médicaux qui alimente le DSQ.

Le département de la pharmacie a amorcé la phase 3 du projet des systèmes d'automatisation et de robotisation de la distribution des médicaments (SARDM). Des systèmes de caméras ont été installés dans la salle du système centralisé d'additifs aux solutés (SCAS) et dans la pharmacie d'oncologie récemment rénovée. Ces caméras permettent d'optimiser le flux de travail des pharmaciens en leur permettant de valider les prescriptions à distance.

Les unités de soins de l'Hôpital bénéficient dorénavant de la gestion des lits en temps réel. La mise en production du module de tableau des lits installés sur des écrans numériques permet une vision graphique de l'état des lits de l'organisation. Cet outil optimise la fluidité du processus de gestion des lits et permet de libérer plus rapidement les civières de l'urgence.

Enfin, la virtualisation de près de 60 % des postes de travail a été amorcée. Ce processus permettra la migration du système d'exploitation XP vers Windows 7. Nous devons éliminer de notre parc informatique tous les systèmes XP avant le 31 mars 2016.

6) CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ÉLUS SELON LES COLLÈGES ÉLECTORAUX (AU 31 MARS 2014)

Président :	Richard Legault (Agence)
Vice-présidente :	Joanne Brodeur (Cooptation)
Président du comité de vérification :	Mark Armitage (Cooptation)
Secrétaire :	Benoit Morin (Directeur général)
Administrateurs :	Barbara Armbruster (Population)
	Mark Armitage (Cooptation)
	Marc Brunet (Personnel non clinique)
	Marianne Ferraiuolo (Conseil multidisciplinaire)
	James A. Gates (Cooptation)
	Joan Kouri (Population)
	Lucie Ladouceur (Conseil des infirmières et infirmiers)
	Sheila Laursen (Agence)
	Christiane Léonard (Conseil des sages-femmes)
	Debbie Magwood (Cooptation - Organisme communautaire)
	Susan McKercher (Fondations)
	Evelyn Meaney (Comité des usagers)
	Jean-René Paquette (Cooptation)
	Fred Steer (Cooptation)
	Joan Wills (Comité des usagers)

COMITÉS RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration a constitué, comme prescrit par la Loi, les différents comités qui se rattachent à lui. Les comités actifs en 2013-2014 sont présentés dans cette section.

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Sheila Laursen, présidente
Barbara Armbruster
Richard Legault, président du CA
Joan Wills
Benoit Morin, directeur général (membre ex-officio)

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est rencontré à cinq reprises. Voici quelques faits saillants :

- Révision du règlement de régie interne du conseil d'administration
- Révision des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration
- Révision des critères pour l'évaluation de la performance du conseil d'administration
- Élaboration d'un programme d'accueil pour les nouveaux membres du conseil d'administration
- Formation d'une équipe qualité – gouvernance pour passer en revue les critères associés à la norme gouvernance dans le cadre de l'agrément

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Mark Armitage, président

Sheila Laursen

Susan McKercher

Fred Steer

Richard Legault, président du CA (membre ex-officio)

Benoît Morin, directeur général (membre ex-officio)

Le comité de vérification s'est rencontré à six reprises. Voici quelques faits saillants :

- Adoption du plan de redressement 2013-2016
- Analyse, suivi et autorisation des états financiers
- Octroi de contrat pour les phases 4 et 5 du projet de rénovation visant la réfection totale de l'enveloppe architecturale
- Autorisation d'achat d'équipement (Par exemple, pour le remplacement du système de monitoring physiologique à l'urgence)
- Autorisation du régime d'emprunt à long terme et autorisation d'emprunt annuel

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Susan McKercher, présidente

James A. Gates

Evelyn Meaney

Benoît Morin, directeur général

Line Robillard, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Richard Legault, président du CA (membre ex-officio)

Le comité de vigilance et de la qualité s'est rencontré à six reprises. Voici quelques faits saillants :

- Mise en place d'outils permettant de suivre l'état d'avancement des recommandations émises par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- Ajout d'un point statutaire permettant à la conseillère-cadre à la gestion des risques de faire état des incidents/accidents, des événements sentinelles, de la culture de déclaration, etc.
- Invitation de la présidente du comité de gestion des risques, de façon périodique, pour faire rapport sur l'évolution des travaux de ce comité
- Invitation de la présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour présenter le rapport des recommandations élaboré par le comité d'inspection professionnelle à la suite de la visite du Collège des médecins du Québec
- Révision du règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers du CSSS

Cette année, des rapports réguliers sur les travaux du comité de vigilance ont été effectués lors des rencontres du conseil d'administration. La présidente du comité de vigilance et de la qualité a transmis les faits saillants des principaux dossiers suivis par le comité. Par ailleurs, ce dernier s'est doté de nouveaux outils de suivi, tel qu'un tableau de suivi des recommandations émises par la commissaire locale aux plaintes à la qualité des services. Afin d'obtenir une vision globale et complète des nombreuses activités et enjeux liés à la qualité des soins et à la sécurité des usagers, le comité de vigilance a prévu à son agenda une journée de dépôt de tous les rapports annuels des comités et instances jouant un rôle pour la qualité des soins et services. Cet exercice a permis de formuler une recommandation en lien avec le rehaussement des processus de communication à tous les niveaux de l'organisation, et ce, dans un souci d'amélioration de la qualité.

Le comité a conclu que de nombreux avancements ont été réalisés cette année dans le domaine de l'amélioration de la qualité, ce qui actualise la vision de l'établissement de devenir un CSSS d'excellence. Pour la

prochaine année, le conseil d'administration souhaite que les travaux se poursuivent afin de permettre un meilleur arrimage entre les différentes instances impliquées dans l'amélioration continue de la qualité.

COMITÉ D'ÉVALUATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Richard Legault, président du CA

Joanne Brodeur

Susan McKercher

Le comité d'évaluation du directeur général s'est rencontré à quatre reprises cette année.

COMITÉ D'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES RECOMMANDÉES PAR LE CMDP

Joanne Brodeur, présidente

Joan Kouri

Debbie Magwood

Evelyn Meaney

Richard Legault, président du CA (membre ex-officio)

Benoît Morin, directeur général (membre ex-officio)

Cette année, le comité d'évaluation des mesures disciplinaires s'est rencontré pour traiter deux recommandations du CMDP. La première a été réglée et la seconde est en cours.

COMITÉ DE RÉVISION

Evelyn Meaney, présidente

Dr Ronald Dandurand

Dre Renée Schiff

Dr David Wiltshire

Cinq plaintes ont été acheminées en deuxième instance au comité de révision, comparativement à quatre pour l'année 2012-2013.

COMITÉ DES USAGERS

Evelyn Meaney, présidente (usagère HGL)

Joan Wills, vice-présidente (usagère HGL)

Teresa Gloutney, secrétaire (usagère HGL)

Catherine Bubnich, conseillère (usagère HGL)

David Jones, conseiller (usager CLSC Pfd)

Louis Bellemare (vice-président comité des résidents)

Mario Iacovelli (président comité des résidents)

Les membres du comité des usagers ont tenu neuf rencontres.

Afin de mieux informer les usagers sur leurs droits et responsabilités et faire connaître davantage le comité, des produits promotionnels affichant les coordonnées du comité ont une fois de plus été distribués, notamment lors de la tenue d'un stand d'information. Cette année encore, les membres étaient présents à temps partiel à l'Hôpital pour répondre aux appels des usagers, assurer les diverses tâches administratives et visiter les patients sur les étages.

COMITÉ DES RÉSIDENTS

Mario Iacovelli, Président

Louis Bellemare, vice-président

Pauline Delisle, conseillère résidente

Diane Provost, conseillère secrétaire

Desmond Maroly, conseiller résident

Nicole Gauthier, conseillère

Alfred Burgstaller, conseiller résident

Thérèse Depocas, conseillère

Michel Nadon, conseiller résident

Le comité a tenu durant l'année huit rencontres.

Cette année, il a remis des paniers pour souhaiter la bienvenue aux nouveaux résidents. Il a également organisé une célébration pour l'Halloween, a fait du bénévolat pour la tenue d'activités estivales organisées à DBV et distribué des cartes de Noël aux résidents. Une messe commémorative a aussi été organisée pour les familles des résidents qui sont décédés durant l'année, comme lors des années précédentes. Le comité a également fait diverses activités de promotion pour faire connaître son rôle et ses responsabilités à l'ensemble des résidents.

CONSEILS PROFESSIONNELS

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CII)

Benoit Morin, directeur général
Danielle Schryer, directrice Santé physique
Maya Nassar, présidente
Saadia Marfouk, vice-présidente
Lucie Ladouceur, secrétaire
Dayana Fils aimé, trésorière
Philippe Gagné, délégué aux communications (HGL)
Mandeep Lift, déléguée aux communications (CLSC LSL)
Karine Mayas, déléguée aux communications (CLSC PFDS)
Chantal Pilon, déléguée aux communications (DBV)

Le comité exécutif du CII (CECII) a tenu sept rencontres et a obtenu un taux de participation des membres qui se chiffre à 90 %. L'assemblée générale du conseil des infirmières et des infirmiers (CII), quant à elle, s'est tenue le 6 juin 2013.

En début d'année, des midis-conférences ont été organisés dans le cadre de la Semaine des soins infirmiers et le comité a pris part au Colloque des Conseils des infirmières et infirmiers du Québec. Par la suite, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a effectué une visite d'inspection. Cette dernière s'est avérée être un succès grâce au plan d'amélioration préétabli. Le comité a également participé à la préparation entourant la visite d'Agrément Canada et a formulé des avis et des recommandations pour plusieurs types de documents, tels que des ordonnances collectives, des protocoles infirmiers, des règles de soins et des protocoles interdisciplinaires.

Le CECII prévoit être plus présent dans les différents comités en lien avec la qualité des soins et la gestion des risques et y proposer des recommandations. Il continuera aussi de faire la promotion de la formation continue qui est à la base du maintien des compétences.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Elianna Pappas, présidente
Marianne Ferraiuolo, vice-présidente aux affaires internes
Sonia Cisternas, administratrice
Guylaine Carrier, secrétaire
Landcia Augustin, administratrice
Marie-Josée Waltzing, administratrice
Julie Lagacé, vice-présidente aux affaires externes
Venise Calluzzo, représentante du directeur général
Sophie Ouellet, représentante du directeur général
Benoit Morin, directeur général du CSSS de l'Ouest-de-l'Île

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) a soutenu cinq comités de pairs différents au cours de l'année 2013-2014 :

- Psychosocial : Jeunes en difficulté – Uniformisation des formulaires
- Ergothérapie : Analyse et recommandations pour les transferts complexes en milieu résidentiel
- Physiothérapie : Ressources communautaires/groupes d'exercices
- Physiothérapie : Mesure des résultats en gériatrie
- Physiothérapie : Arthroplastie totale du genou/de la hanche

Le CECM a fourni une rétroaction sur les documents/présentations suivants :

- Le Cadre de référence sur la pratique de l'organisation communautaire a été soumis au CECM pour revue.

Le CECM a remis au directeur général les avis écrits ou verbaux suivants :

- Lettre à propos des difficultés rencontrées par les membres du conseil multidisciplinaire en matière d'accès aux publications scientifiques et académiques depuis la fermeture de la bibliothèque de l'organisation.
- Discussion avec le directeur général à propos de la nécessité pour les membres du conseil multidisciplinaire d'être adéquatement représentés et appuyés par le futur directeur Réseaux clientèle, soins infirmiers et services multidisciplinaire, tel que défini dans le présent organigramme.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Dre Geneviève Richer, présidente

Dr Tomas Kaufman, vice-président

Dre Maureen Hodgson, secrétaire-trésorière

Dr Mladen Palaic, représentant au conseil d'administration

Dr Vladimir Kurgansky, conseiller - mission hospitalière (CH)

Dre Christine Soulières, conseillère - mission CLSC

Dre Nicole Drapeau, conseillère - mission soins de longue durée (CHSLD)

Dre Louise Ayotte, directrice des services professionnels et hospitaliers

Benoît Morin, directeur général

Le comité exécutif du CMDP s'est réuni à 10 reprises. De plus, il a tenu 3 d'assemblées générales.

Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique (Dr Richard Knight, président) : Le comité s'est réuni à 6 reprises.

Comité de pharmacologie (Dre Sylvie Bouchard, présidente) : Le comité s'est réuni à 6 reprises.

Comité d'examen des titres (Dre Renee Schiff, présidente) : Le comité d'examen des titres a été reformé en décembre 2013 et s'est réuni à 4 reprises. Il a traité 67 dossiers de renouvellements, de non-renouvellements, de démissions, de modifications et de nouveaux applicants.

Comité ad-hoc (Dr Raymond Gendreau, cardiologue à l'Hôpital Cité-de-la-Santé, président) : Le comité ad-hoc s'est réuni à 8 reprises. Il a traité 186 dossiers de renouvellements, de démissions, de modifications et de nouveaux applicants.

Comité de discipline : 3 plaintes ont été acheminées par le médecin examinateur pour évaluation par un comité de discipline et recommandations par l'exécutif du CMDP.

Comité de néoplasie (Dr Horace Laryea, président) : Le comité s'est réuni à 16 reprises.

Sous-comité des dossiers médicaux et audits (Dr Allan Mannard, président) : Le comité s'est réuni à 6 reprises.

Comité de salle d'opération (D^{re} Shannon Fraser, chef intérimaire du département de chirurgie) : Le comité s'est réuni à 12 reprises.

Comité de transfusion (Dr Horace Laryea, président) : Le comité s'est réuni à une seule occasion.

Il est à noter que nous avons reçu la visite du Collège des médecins du 15 au 18 octobre 2013. La visite portait sur les départements de médecine interne et de l'urgence, ainsi que sur le fonctionnement du CMDP. Cette visite a permis aux inspecteurs de constater les progrès réalisés. Leur rapport d'inspection reflétait d'ailleurs cette réalité. Le nombre de recommandations ne cesse de diminuer. Il se chiffre désormais à 25.

CONSEIL DES SAGES-FEMMES (CSF)

Trista Leggett, présidente

Cynthia Perreault, vice-présidente

France Richard, secrétaire

Rachida Amrane, secrétaire par intérim

L'exécutif du conseil des sages-femmes a tenu douze rencontres en plus de tenir une assemblée générale annuelle en juin 2013.

Une nouvelle sage-femme a été engagée en mai 2013, ce qui a permis à l'équipe de redevenir à sa capacité usuelle et d'augmenter la prise en charge de la clientèle. De leur côté, les comités ont travaillé sur leurs propres objectifs. La règle de soin sur le streptocoque du groupe B (SGB) a été finalisée et sera présentée à la séance du mois de juin du conseil d'administration. Les aides mémoires ont aussi été révisées et renommées. Le comité de qualité des actes s'est réuni à deux reprises et a organisé trois sessions de révision de dossiers. Une grille a été élaborée pour le suivi des recommandations formulées lors des révisions par les pairs. De plus, chaque mois, l'équipe des sages-femmes et des aides natales a pratiqué différents scénarios d'urgences obstétricales et de réanimation néonatale.

Les membres du conseil sont également impliquées auprès des diverses instances liées à la profession de sage-femme, telles que l'Ordre des sages-femmes du Québec, le Regroupement des sages-femmes du Québec (RSFQ), l'Association canadienne des sages-femmes et la Table provinciale des responsables des services sages-femmes du Québec. Elles participent aussi à la formation des étudiantes au baccalauréat en pratique sage-femme et, à l'occasion, en médecine et en sciences infirmières.

AUTRES INSTANCES RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Gurit Lotan, présidente et consultante en éthique

Ademola Adeponle, membre de la communauté

Dre Nadia Delle Donne, omnipraticienne (HGL - Urgence)

Catherine Filadelfi, infirmière chef (HGL - Psychiatrie)

Véronique Gagné, chef d'unité (HGL - Centre de naissance, Gériatrie)

Kerry Ann Geraghty, infirmière (HGL - soins intensifs)

Dre Christiane Jasmin, omnipraticienne (CLSC Pfd)

Ann Kilcullen, infirmière (Soins palliatifs)

Michael Kim, chef de l'administration de programmes services à domicile (CLSC du Lac-St-Louis)

Dorothy Nicolaou, Chef de l'administration de programmes (Santé mentale jeunesse DI-TED)

Emilia Ponzo, Chef de la pharmacie (HGL – Pharmacie)

Line Robillard, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Constantina Totosegis, membre de la communauté

Caroline Tremblay, coordonnatrice à l'hébergement (DBV)

Paulette Zielinski, membre de la communauté

Le comité d'éthique clinique exerce un rôle d'accompagnement et de sensibilisation à l'éthique dans un contexte de soins de santé. Il se penche sur les dilemmes éthiques qui surviennent dans le cadre de la pratique

professionnelle et organise des événements pour sensibiliser le personnel et la population à différentes questions. Les membres du comité agissent comme agents multiplicateurs en encourageant la réflexion dans leur milieu pluridisciplinaire lorsque des problématiques se présentent et ils évaluent les besoins d'enseignements de leurs équipes. La présence de membres issus de la communauté au sein du comité enrichit les réflexions.

Au cours de l'année, le comité a recruté de nouveaux membres pour représenter les divers programmes et services ainsi que la diversité culturelle de la population. Par la suite, le comité a poursuivi ses activités de sensibilisation auprès des employés et de la communauté au sujet de la planification préalable des soins. À titre d'exemple, le comité a souligné la Journée nationale de la planification préalable des soins en tenant des stands d'information dans les quatre installations du CSSS. Des efforts ont aussi été faits pour améliorer la visibilité des services d'éthique clinique dans l'organisation tandis que le cadre de prise de décision conforme à l'éthique, qui facilite la réflexion, est en voie d'être distribué dans les unités de soins.

Consultante en éthique clinique

Le rôle de la consultante est d'offrir des consultations d'éthique clinique formelles et informelles. Elle travaille également à élaborer des mécanismes qui rehaussent les compétences et connaissances des membres du comité afin qu'ils puissent à leur tour les transmettre dans leur service. Il en est de même auprès des professionnels du CSSS rencontrés lors de consultations individuelles. Enfin, la consultation s'assure que le comité d'éthique clinique rencontre les exigences d'Agrément Canada.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Vacant, président

Michelle Charest, éthicienne

Filoteo Pasquini, médecin

Mélanie Michaud, avocate

Stéphanie Grenier, membre de la communauté

Le comité d'éthique à la recherche a tenu peu de rencontres. Au cours de l'année, une lettre de convenance a été signée pour un projet de soins concertés en santé mentale jeunesse. Une révision du fonctionnement est présentement en cours afin de mieux répondre aux besoins tout en prenant en considération le petit volume de projets de recherche soumis à notre établissement au cours des dernières années.

7) ÉTATS FINANCIERS

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île

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

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 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 Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2014 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à 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 Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément

aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'île pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2014. 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 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'île au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C.R. L.*¹

Montréal

Le 16 juin 2014

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

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE

Résultats pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2014

Activités principales

	2013-2014	2012-2013
PROVENANCE DES REVENUS		
<i>Agence ou ministère de la Santé et des Services sociaux</i>	153 788 302 \$	148 900 403 \$
<i>Autres sources</i>	<u>9 350 780</u>	<u>8 942 345</u>
<i>Total des revenus</i>	163 139 082	157 842 748
NATURE DES CHARGES		
<i>Salaires et avantages sociaux</i>	104 628 969	102 951 807
<i>Charges sociales</i>	11 946 200	11 439 518
	<u>116 575 169</u>	<u>114 391 325</u>
<i>Frais de médicaments et de fournitures médicales et chirurgicales</i>	16 579 523	15 734 541
<i>Produits sanguins</i>	4 644 532	4 820 334
<i>Autres dépenses</i>	33 587 255	31 842 129
	<u>54 811 310</u>	<u>52 397 004</u>
<i>Total des charges</i>	<u>171 386 479</u>	<u>166 788 329</u>
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	<u><u>-8 247 397 \$</u></u>	<u><u>-8 945 581 \$</u></u>

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE

Résultats pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2014

Activités accessoires

	2013-2014	2012-2013
<i>PROVENANCE DES REVENUS</i>		
<i>Financement public para-public, revenus commerciaux et autres sources</i>	4 917 669 \$	4 444 055 \$
<i>NATURE DES CHARGES</i>		
<i>Salaires et avantages sociaux</i>	1 836 859	1 675 824
<i>Charges sociales</i>	<u>303 003</u>	<u>271 721</u>
	<u>2 139 862</u>	<u>1 947 545</u>
<i>Services achetés</i>	279 569	235 268
<i>Fournitures et autres charges</i>	<u>784 442</u>	<u>571 362</u>
	<u>1 064 011</u>	<u>806 630</u>
<i>Total des charges</i>	<u>3 203 873</u>	<u>2 754 175</u>
<i>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</i>	<u><u>1 713 796 \$</u></u>	<u><u>1 689 880 \$</u></u>

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE

Résultats pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2014

Immobilisations

	2013-2014	2012-2013
<i>PROVENANCE DES REVENUS</i>		
<i>Agence ou ministère de la Santé et des Services sociaux</i>	11 281 339 \$	10 162 463 \$
<i>Donations</i>	1 361 466	1 282 938
<i>Gain sur disposition</i>	2 500	1 100
<i>Autres revenus</i>	1 076	0
	<u>12 646 381</u>	<u>11 446 501</u>
<i>NATURE DES CHARGES</i>		
<i>Frais financiers</i>	3 739 447	3 814 253
<i>Entretien et réparations</i>	1 036 537	598 626
<i>Amortissement des immobilisations</i>	7 346 587	7 493 816
	<u>12 122 571</u>	<u>11 906 695</u>
<i>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</i>	<u>523 810 \$</u>	<u>-460 194 \$</u>

Résultats pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2014

Total de tous les fonds

Activités principales, accessoires et immobilisations

<i>Déficit de l'exercice des activités principales</i>	-8 247 397 \$	-8 945 581 \$
<i>Surplus de l'exercice des activités accessoires</i>	1 713 796	1 689 880
<i>Déficit de l'exercice des immobilisations</i>	<u>523 810</u>	<u>-460 194</u>
<i>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</i>	<u>-6 009 791 \$</u>	<u>-7 715 895 \$</u>

La variation des revenus provient principalement de l'indexation des salaires, de la variation de financement additionnel et de budget de développement en services à domicile.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE

État des surplus (déficits) cumulés au 31 mars 2014

	<i>Exploitation</i>	<i>Immobilisations</i>	<i>Total 2013-2014</i>	<i>Total 2012-2013</i>
<i>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT</i>	-21 604 914 \$	1 447 376 \$	-20 157 538 \$	-12 441 639 \$
<i>SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE</i>	-6 533 601	523 810	-6 009 791	-7 715 895
<i>Autres variations:</i>				
<i>Transferts interfonds - Projets autofinancés</i>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
<i>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN</i>	<u>-28 138 515 \$</u>	<u>1 971 186 \$</u>	<u>-26 167 329 \$</u>	<u>-20 157 534 \$</u>

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE

État de la situation financière au 31 mars 2014

	Exploitation	Immobilisations	Total 2013-2014	Total 2012-2013
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert de banque)	402 475 \$	-1 438 488 \$	-1 036 013 \$	-2 186 402 \$
Débiteurs-Agence et MSSS	10 825 319	1 141 879	11 967 198	11 662 974
Débiteurs-Autres	1 854 614	378 324	2 232 938	2 121 516
Créances interfonds (dettes interfonds)	-116 358	116 358	0	0
Frais reportés liés aux dettes	0	73 736	73 736	39 424
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	11 018 810	15 144 972	26 163 782	23 549 843
Autres éléments	578 347	448 248	1 026 595	746 265
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	24 563 207	15 865 029	40 428 236	35 933 620
PASSIFS				
Emprunts temporaires	25 227 485	3 662 699	28 890 184	27 195 358
Autres créanciers et autres charges à payer	16 930 757	2 181 831	19 112 588	16 481 719
Avances de fonds de l'agence - enveloppes décentralisées	0	7 271 161	7 271 161	5 393 951
Intérêts courus à payer	8 580	1 162 252	1 170 832	1 173 406
Revenus reportés	351 237	8 324 842	8 676 079	9 160 975
Dettes à long terme	0	89 034 380	89 034 380	84 757 992
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13 288 780	0	13 288 780	12 515 543
Autres éléments	124 019	0	124 019	70 277
TOTAL DES PASSIFS	55 930 858	111 637 165	167 568 023	156 749 221
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	-31 367 651	-95 772 136	-127 139 787	-120 815 601
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	0	97 743 323	97 743 323	97 683 978
Stocks de fournitures	2 468 148	0	2 468 148	2 314 309
Frais payés d'avance	760 987	0	760 987	659 780
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	3 229 135	97 743 323	100 972 458	100 658 067
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	-28 138 516 \$	1 971 187 \$	-26 167 329 \$	-20 157 534 \$

Le CSSS a des obligations contractuelles pour des contrats de services pour 5 246 85 \$ et pour des contrats de location de locaux pour 7 820 866 \$.

Le CSSS fait aussi l'objet de poursuites pour un montant approximatif de 11 471 216 \$ principalement relié à la construction ayant eu lieu au site de l'Hôpital général du Lakeshore. La direction est d'avis que ces poursuites ne sont pas fondées ou qu'il est impossible d'en déterminer l'issue. Aucune provision n'a été comptabilisée aux livres.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2014

	<i>Exploitation</i>	<i>Immobilisations</i>	<i>Total 2013-2014</i>	<i>Total 2012-2013</i>
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)				
<i>AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS</i>	- 24 579 007 \$	- 96 236 598 \$	- 120 815 605 \$	- 110 860 496 \$
<i>Modifications comptables sans retraitement des années antérieures</i>	0	0	0	0
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)				
<i>AU DÉBUT REDRESSÉ</i>	- 24 579 007	- 96 236 598	- 120 815 605	- 110 860 496
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	- 6 533 601	523 810	- 6 009 791	- 7 715 895
VARIATION DUES AUX IMMOBILISATIONS				
<i>Acquisitions</i>	0	- 7 405 932	- 7 405 932	- 10 256 379
<i>Amortissement de l'exercice</i>	0	7 346 587	7 346 587	7 493 816
<i>(Gain)/perte sur dispositions</i>	0	0	0	0
<i>Produits de dispositions</i>	0	0	0	0
<i>Réduction de valeurs</i>	0	0	0	0
<i>Ajustement des immobilisations</i>	0	0	0	0
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	0	- 59 345	- 59 345	- 2 762 563
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
<i>Acquisition de stocks de fournitures</i>	- 22 212 614	0	- 22 212 614	- 21 294 736
<i>Acquisition de frais payés d'avance</i>	- 2 921 007	0	- 2 921 007	- 2 652 414
<i>Utilisation de stock de fournitures</i>	22 058 775	0	22 058 775	21 532 270
<i>Utilisation de frais payés d'avance</i>	2 819 800	0	2 819 800	2 938 233
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	- 255 046	0	- 255 046	523 353
<i>Autres variations des surplus (déficits) cumulés</i>	0	0	0	0
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	- 6 788 647	464 465	- 6 324 182	- 9 955 105
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	- 31 367 654 \$	- 95 772 133 \$	- 127 139 787 \$	- 120 815 601 \$

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE

État des flux de trésorerie pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2014

	2013-2014	2012-2013
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit)	-6 009 791 \$	-7 715 895 \$
<i>Éléments sans incidence sur la trésorerie:</i>		
Créances douteuses	846 643	346 432
Stocks et frais payés d'avance	-255 046	523 353
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations		0
Amortissement des immobilisations	7 346 587	7 493 816
Réduction de valeur des immobilisations		0
Autres	773 237	661 145
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	<u>8 711 421</u>	<u>9 024 746</u>
 Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	 2 497 419	 6 830 482
 Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement	 <u>5 199 049</u>	 <u>8 139 333</u>
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations:		
Acquisitions	-7 405 932	-10 256 379
Produits de disposition	0	0
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations	<u>-7 405 932</u>	<u>-10 256 379</u>
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation d'autres éléments:		
Subvention à recevoir - Réforme comptable	-2 613 939	-2 663 686
 Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement	 <u>-2 613 939</u>	 <u>-2 663 686</u>
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes:		
Emprunts effectués - Dettes à long terme	12 438 515	0
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	-2 895 110	8 955 145
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	-5 267 017	-5 043 635
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitations	5 782 166	2 845 319
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5 456 065	6 957 669
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	-9 543 405	-1 296
Emprunts temporaires remboursés - refinancement fonds d'immobilisations	0	-8 307 030
 Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement	 <u>5 971 214</u>	 <u>5 406 172</u>
 AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	 <u>1 150 392</u>	 <u>625 440</u>
 TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	 <u>-2 186 405</u>	 <u>-2 811 842</u>
 TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	 <u>-1 036 013 \$</u>	 <u>-2 186 402 \$</u>

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 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec (SIQ) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats de location-acquisition avec la SIQ présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « immobilisations corporelles louées » du Manuel de l'Institut canadien des Comptables Agréés.			X
Gérer l'accès des utilisateurs internes Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès au système MédiAccès alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2008-2009	C	La déficience a été signalée aux firmes MédiSolution et GFI. Une mise à jour des systèmes pour rencontrer ce contrôle n'est pas envisagée. Par contre, au CSSS-ODI, les demandes d'utilisation de ces systèmes sont encadrées par un processus mis en place (formulaire embauche/départ).			X
Nous avons constaté la présence d'identifiants avec de hauts privilèges partagés par plusieurs utilisateurs au niveau du système	2006-2007	C	La cause de cette déficience a été résolue au début d'avril 2013. Le compte d'administrateur est éliminé des systèmes d'informations et du		X	

exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

d'exploitation, ce qui ne permet pas de rencontrer les exigences stipulées à la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.			réseau. Maintenant, les membres du groupe administrateur utilisent leurs propres comptes.			
Rapport touchant les contrôles effectués par les tierces parties. Bien que plusieurs contrôles TI importants soient effectués par des tierces parties (CGI et Technocentre), l'établissement ne sait pas si ces contrôles sont effectués adéquatement. De ce fait, la gouvernance n'est pas en mesure d'évaluer une partie des contrôles qui ont une incidence sur les aspects financiers de l'organisation. Cette situation rend la direction et le conseil d'administration à risque à l'égard du respect du Cadre global de gestion.	2009-2010	C	CGI pourrait fournir ce rapport. Une coalition avec d'autres établissements a été effectuée pour l'obtention de ce rapport. Elle a été rejetée à l'unanimité, dû à un coût trop élevé.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						

ANNEXE 1 – TABLEAU DES ENTENTES DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2013-2014

RÉSULTATS DES CIBLES DE L'ENTENTE DE GESTION

	Indicateurs	Cible EGI 2013-2014	2012-2013	2013-2014
	Santé publique			
1.01.12.B1-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12 ^e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	0.2	0.12	0.15
1.01.12.B2-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	0.6	0.48	0.58
1.01.12.B3-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^e semaine au 12 ^e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	0.16	0.17	0.18
1.01.12.B4-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13 ^e au 60 ^e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	0.05	0.04	0.07
1.01.13-EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	50	38	51
1.01.14-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	85	81.5	78.8
1.01.15-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	75	59	58.3
1.01.16.01-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	75	61.4	59.2
1.01.17-EG2	Présence d'un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel dans les établissements de soins aigus	À réaliser	100	100
1.01.18-EG2	Présence d'un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	À réaliser	100	100

2.02.02-EG2	Niveau de réalisation moyen des 4 étapes requises pour l'élimination des zones grises dans les unités de courte durée, soit : (1) la délégation d'un responsable de la gestion des zones grises, (2) la réalisation d'un relevé des équipements, matériels et surfaces, (3) la désignation du service responsable de l'intégrité sanitaire de chaque item et, (4) la mise en place d'un registre de suivi de désignation	80	En réalisation	En réalisation
1.01.19.1-PS	Taux d'infections nosocomiales (diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)) inférieurs ou égaux au(x) seuil(s)	6,3 [5,9; 6,6]		
1.01.19.2-PS	Taux d'infections nosocomiales (bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline) inférieurs ou égaux au(x) seuil(s)	0,56		
1.01.19.3-PS	Taux d'infections nosocomiales (bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs) inférieurs ou égaux au(x) seuil(s)	USI mixte = 3,30		
1.01.11A-EG1	Respect du ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales en CHSGS	1 ETC/133 lits	100	100
1.01.11B-EG1	Respect du ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales en CHSLD	1 ETC/250 lits	0	100
GES-0101	Nombre de fumeurs rejoints par le centre d'abandon du tabac	191	188	
R14-0102	Nombre d'interventions individuelles effectuées dans le centre d'abandon du tabac	572	436	
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
1.03.05.01-PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile (SAD) longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC) (Comprend l'augmentation prévue des heures longue durée en lien avec les travaux d'optimisation au SAD)	363 884	311 573	322 174
1.03.06-PS	Degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans les réseaux locaux de services	63	50.52	
1.03.09-PS	Avoir implanté 100 % des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA)	À réaliser	En réalisation	En réalisation
1.03.07-PS	Avoir planifié 100 % des activités pour toutes les composantes de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA)	À réaliser		En réalisation
EG-Indicateur régional - S.1.3.1	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS et du programme d'hébergement pour évaluation (PHPE) des 75 ans et plus	4.5		3.49
	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) (16 % de la population pondérée des 65 ans et plus, projetée au 1er juillet 2013)	5711	3810	3877

S1.3.2	Maintenir le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	30	36.78	44.46
1.09.02 - EG1	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	24	33.07	33.44
1.09.04 - EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	24.8	25.6
Déficiences				
1.45.04.02-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	90	55.60	58.3
1.45.04.03-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90	69.60	91.3
1.45.04.04-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	90	82.10	64.3
1.45.05.02-PS	Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	90	0	0
1.45.05.03-PS	Taux des demandes de services en DI-TED traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90	66.70	66.7
1.45.05.04-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	90	65.00	81.4
	Nombre de personnes ayant une déficience physique ou une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS Cible globale qui comprend la somme des résultats au 31 mars 2012 des indicateurs 1.41.04.01 et 1.41.05.01 et les cibles de nouveaux usagers. Détails du calcul :	1591	1537	1613
1.41.04.01-EG1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CSSS (Résultats au 31 mars 2012)	742	852	841
1.41.05.01-EG1	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS (Résultats au 31 mars 2012)	769	685	772

1.05.13-EG1	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	641	578	606
Dépendances				
1.07.05-PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	6	4	3
Santé mentale				
1.08.05-PS	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	68	37	31
1.08.06-PS	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	85	56	54
1.08.09-PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	2392	1251	1557
	Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	293	241	283
	Nombre d'adultes 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	2099	1010	1274
1.08.07-EG1	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	Diminution attendue	35.62	34.40
1.08.08-EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	Diminution attendue	27.37	25.56
1.08.10-EG1	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ou 3 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	Diminution attendue	120	4
Santé physique				
Séjours à l'urgence				
1.09.01-PS	Séjour moyen sur civière (durée)	16	22.98	23.05
1.09.03-PS	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	5	13.30	13.60
1.09.31-PS	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	22	31.06	31.16
Chirurgie/Délais respectés				
1.09.20.01-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	90	99.1	97.4
1.09.20.02-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	90	98.6	97.1

1.09.20.03-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	90	99.8	99.9
1.09.20.04-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	90	98.2	98.0
1.09.20.05-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	90	96.6	97.8
1.09.33-PS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	80	53.8	46.1
Chirurgie en attente depuis plus d'un an				
1.09.32.01-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	0
1.09.32.02-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	0	0	0
1.09.32.04-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	0	0	0
1.09.32.05-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	0	0	0
Désencombrement des urgences				
4.01.01-EG2	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	3	10.1	3.8
4.01.03-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	3	1.9	1.6
4.01.05-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3	1.7	3.3
4.01.06-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3	1.9	2.5
4.01.07-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	3	3.1	3.5
Ressources humaines				
3.01-PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	4.86	6.17	6.23
3.05.01-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	4.39	5.47	4.72

3.05.02-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3.88	4.51	3.4
3.06.01-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	6.75	10.15	8.46
3.06.02-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	3.44	0.27	0.08
3.06.03-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0.97	3.09	0.88
3.06.04-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les inhalothérapeutes	1.04	0	0
3.07-PS	Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	1		
3.08-PS	Avoir mis à jour le plan de main d'oeuvre de l'établissement	À réaliser		
3.09-PS	Avoir complété trois démarches (projets) concertées de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	À réaliser		
3.10-PS	Avoir mis en oeuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	À réaliser		En réalisation
3.13-PS	Être accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail (Établissement promoteur de santé, Entreprise en santé, Planetree)	À réaliser		En réalisation

Des chantiers visant à améliorer la performance de l'établissement ont été mis en place cette année, notamment pour offrir de meilleurs services à la population de l'Ouest-de-l'Île. Nous travaillons également, par le fait même, à l'atteinte des indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité.

Les écarts de performance pour certains indicateurs s'expliquent par différents facteurs : allocation des ressources financières, vieillissement de la population, augmentation des besoins de la population, superficie du territoire de l'Ouest-de-l'Île, etc.

ANNEXE 2 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public représente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens. Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intégrée des fonds publics. Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler dans le présent *Code d'éthique et de déontologie* les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de cet établissement adhèrent.

1. OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur. Il :
 - traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
 - traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
 - traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent d'exercer leurs fonctions;
 - prévoit des mécanismes d'application du Code.
2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

2. DÉFINITIONS

1. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
 - a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé;
 - b) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
 - c) « **entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certains intérêts, valeurs ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
 - d) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

3. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

L'ADMINISTRATEUR, DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS :

— AGIT DANS L'INTÉRÊT DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE LA POPULATION DESSERVIE

À cette fin, l'administrateur :

1. est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
2. s'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés;
3. s'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
4. s'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

— AGIT AVEC SOIN, PRUDENCE, DILIGENCE ET COMPÉTENCE

À cette fin, l'administrateur :

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

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

Neutralité

7. se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit;

Discrétion

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

— AGIT AVEC SOIN, PRUDENCE, DILIGENCE ET COMPÉTENCE

À cette fin, l'administrateur :

Relations publiques

10. respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi;
11. s'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement;
12. adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

— AGIT AVEC HONNÊTETÉ ET LOYAUTÉ

À cette fin, l'administrateur :

13. agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucun autre groupe, entité ou personne;
14. lutte contre toute forme d'abus de pouvoir, tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population;

Conflits de devoirs ou d'intérêts

15. évite des conflits de devoirs ou d'intérêts.

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

16. L'administrateur autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre. De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue. Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs immobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1). L'administrateur doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle l'administrateur a des intérêts pécuniaires.

Le directeur général et les conflits d'intérêts

17. Le directeur général ne peut, comme directeur général et sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement. Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou que, après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.
18. Le directeur général doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
19. Le directeur général doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonction du directeur général

20. Le directeur général doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

Biens de l'établissement

21. Le directeur général utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

Avantages ou bénéfices indus

22. Le directeur général se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

23. Le directeur général ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou au bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

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

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

Transparence

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

Interventions abusives

27. L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.

28. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

29. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

L'ADMINISTRATEUR, APRÈS LA FIN DE SON MANDAT :
— AGIT AVEC PRUDENCE, DISCRÉTION, HONNÊTETÉ ET LOYAUTÉ

À cette fin, l'administrateur :

30. se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur;
31. évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public;
32. s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement;
33. ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur;
34. évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

4. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Introduction d'une demande d'examen

1. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du Comité d'éthique et de déontologie ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du Comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le Comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants. Le Comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

Examen sommaire

2. Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du Comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du Comité, lors de la première réunion qui suit. Le Comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Tenue de l'enquête

3. Le Comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

4. Au moment où il le juge opportun, le Comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au conseil

5. Lorsque le Comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

Décision

6. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Sanctions

7. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

5. ENGAGEMENTS

1. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'Annexe III du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction. De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe IV du présent Code.

Aucun manquement n'a été constaté au cours de l'année par les instances disciplinaires.