

CENTRE INTÉGRÉ
UNIVERSITAIRE DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX
DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-
MONTREAL

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

BILAN ET PERSPECTIVES

1^{er} avril | 31 mars
2021 | 2022

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES.....	3
SECTION 1 – LE MESSAGE DES AUTORITÉS.....	5
SECTION 2 – LA DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES.....	6
SECTION 3 – LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS.....	7
3.1 L'établissement.....	7
L'organigramme au 31 mars 2022.....	9
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	10
3.2.1 Le conseil d'administration	10
3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives.....	11
3.3 Les faits saillants	17
SECTION 4 – LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ (EGI)	45
SECTION 5 – LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	51
L'agrément	51
La sécurité et la qualité des soins et des services.....	51
Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité suite aux recommandations.....	55
Le nombre de mises sous garde selon la mission	59
L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	60
L'information et la consultation de la population	61
SECTION 6 – L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	63
SECTION 7 – LES RESSOURCES HUMAINES	64
Le tableau des ressources humaines.....	64
La gestion et le contrôle des effectifs.....	65
SECTION 8 – LES RESSOURCES FINANCIÈRES	66
L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	66
L'équilibre budgétaire	67
Les contrats de service	67
SECTION 9 – LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	68
SECTION 10 – L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT.....	69
SECTION 11 – LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES	75
ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION..	76
ANNEXE 2 – STATISTIQUES – DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE	97

Adopté par le conseil d'administration le 14 juin 2022.

LISTE DES ACRONYMES

ACCÉSSS	Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
ACNP	<i>American College of Neuropsychopharmacology</i>
APDT	Actions préventives et de traitement du déconditionnement
CAR	Clinique d'accès rapide
CCO	Comité de coordination des opérations
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSM	Centre hospitalier de St. Mary
CINP	<i>The International College of Neuropsychopharmacology</i>
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS ODIM	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CODIR	Comité de direction
CRD	Centre de recherche Douglas
CRSM	Centre de recherche de St. Mary
CRSNG	Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPSMD	Direction des programmes de santé mentale et dépendances
DRHAJ	Direction des ressources humaines et des affaires juridiques
DSAPA	Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées
DSI	Direction des soins infirmiers
DSMQPRP	Direction des services multidisciplinaires, de la qualité, de la performance et de la responsabilité populationnelle
DSP	Direction des services professionnels
ÉDI	Équité, diversité et inclusion
EIPS	Étudiantes infirmières praticiennes spécialisées
É-O	Évaluation-orientation
EPI	Équipement de protection individuelle
FAC	Forces armées canadiennes
FRQS	Fonds de recherche du Québec-Santé
GAL	Groupe d'action local
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
HGL	Hôpital général du Lakeshore
HLM	Habitation à loyer modique
ICT	Intervention à court terme
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IUSMD	Institut universitaire en santé mentale Douglas
JED	Jeunesse en difficulté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OSBL	Organisme sans but lucratif
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente directrice générale
PJ	Programme jeunesse (Direction)

PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SMJ	Santé mentale jeunesse
SNT	Site non traditionnel
TSO	Temps supplémentaire obligatoire
UHB	Unité d'hospitalisation brève

SECTION 1 – LE MESSAGE DES AUTORITÉS

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Voilà maintenant plus de deux ans que le réseau de la Santé et des Services sociaux navigue à travers ses mandats réguliers et ses activités extraordinaires pour lutter contre la pandémie de la COVID-19. Quelques vagues de haute transmission plus tard, force est de constater que les structures de gouverne et de prestation de services que nous avons investies tiennent le coup et nous aident à consolider notre mission. Nombreux sont les défis pour un système de santé et de services sociaux moderne, mais la réponse des travailleurs de la santé est exceptionnelle, ils sont engagés.

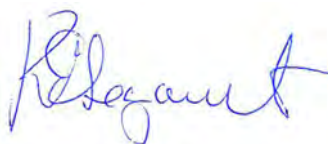
Fierté et gratitude sont les mots qui nous viennent à l'esprit pour décrire les derniers mois. Nous reconnaissons les sacrifices des 14 000 employés des 1 000 médecins sans lesquels le CIUSSS ne pourrait réaliser sa mission. En 2021-2022, le CIUSSS a renouvelé sa promesse d'une organisation de santé centrée sur les besoins de sa population. Pensons notamment à la campagne de vaccination historique, à l'agilité nécessaire des secteurs hospitaliers, à la flexibilité des activités de dépistage modulées en fonction de la situation épidémiologique, à la personnalisation des soins et services pour les clientèles hébergées, et bien plus.

À la lecture des pages de ce rapport, vous pourrez constater l'impressionnante progression des mandats du CIUSSS dans toutes ses activités, notamment l'avancement de la mission universitaire. Bien que la pandémie et ses impacts sur les soins et services se sont régulièrement faits sentir, la volonté des équipes de poursuivre le développement des services et l'accessibilité aux soins n'a jamais flanché. Très nombreuses sont les réalisations de 2021-2022 qui changeront des vies pour le mieux. Guidées par l'excellence et la bienveillance, nos équipes se surpassent et redéfinissent l'esprit de notre mission et de nos valeurs organisationnelles que sont l'agilité, le respect et le partenariat. Au-delà des indicateurs, ce sont les artisans de l'organisation que nous souhaitons célébrer.

Nous tenons à remercier chaleureusement les employés, les cadres, les médecins, les chercheurs, les partenaires communautaires et les bénévoles, pour leur contribution inestimable et l'engagement dont ils font preuve, jour après jour, pour prendre soin de notre population et de nos clientèles. Unis, nous accomplissons l'impossible.

Nous avons également une pensée toute particulière pour nos communautés et leurs maires qui ont répondu de belle manière à la lutte à la pandémie. Grâce aux efforts de tous, des jeunes et des moins jeunes, nous avons traversé les moments les plus intenses de la pandémie avec un taux de vaccination enviable et en respectant les consignes sanitaires, sans jamais renier les liens qui nous unissent. Elle est là la couleur de notre communauté. Nous sommes soudés, nous sommes résilients et, ensemble, nous pouvons réaliser de grandes choses pour le bien-être de la communauté que nous desservons.

Cordialement,



Richard Legault
Président du conseil d'administration



Lynne McVey
Présidente-directrice générale

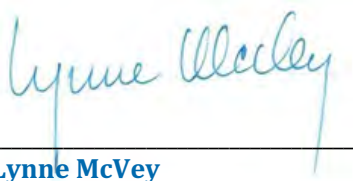
SECTION 2 – LA DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

Les renseignements contenus dans le présent Rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Les résultats et les données du Rapport annuel de gestion de l'exercice 2021-2022 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce Rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2022.



Lynne McVey

Présidente-directrice générale

SECTION 3 – LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

3.1 L'ÉTABLISSEMENT

MISSION ET PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est un établissement offrant des soins et des services de santé intégrés à la population de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-LaSalle, de même qu'aux clientèles de ses installations qui offrent des soins généraux et spécialisés à la grandeur de l'Île de Montréal ainsi que dans différentes régions du Québec.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a pour mission d'assurer une véritable intégration des services offerts à la population.

- L'établissement est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS) constitué des réseaux locaux de services (RLS) de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-LaSalle;
- Il a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- Il assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- Il veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire et à la collaboration avec les établissements des territoires sur lesquels ses installations se trouvent dans le cadre de ses multiples missions, et ce, en fonction des besoins de sa population, sa clientèle et de ses réalités territoriales;
- Il conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

Source : [ministère de la Santé et des Services sociaux](#)

De par la nature de ses établissements constitutifs, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal couvre les cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, lui permettant ainsi d'assurer une meilleure intégration de ses services à sa population et à ses clientèles. Entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022, l'établissement exploitait :

- Quatre centres locaux de services communautaires (CLSC);
- Quatre centres hospitaliers (CH), plus précisément trois centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, ainsi qu'un centre hospitalier de soins psychiatriques;
- Huit centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);
- Deux centres de réadaptation (CR), dont l'un pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (CRDITED), ainsi qu'un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

DÉSIGNATION UNIVERSITAIRE ET PRINCIPAUX SERVICES

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal compte deux installations ayant une désignation universitaire, soit l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et le Centre hospitalier de St. Mary, ainsi que deux centres de recherche : le Centre de recherche Douglas, accrédité par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et 2^e centre le plus performant au Canada dans son domaine, et le Centre de recherche de St. Mary.

L'équivalent de 2241 stages universitaires ont été effectués cette année dans les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal : 380 rotations (337 étudiants et 43 diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU)) effectuées par les étudiants en médecine, 1288 rotations faites par les résidents et 573 stages non médicaux effectués dans 19 de nos sites et touchant 21 disciplines (services sociaux, soins de santé, génie, administration, ressources humaines, etc.).

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal participe aux activités du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill (RUIS McGill)*, offrant dans les régions desservies par ce dernier plusieurs services spécialisés et ultraspécialisés.

VOCATION RÉGIONALE ET SUPRARÉGIONALE

Certaines installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal sont désignées bilingues et offrent l'ensemble de leurs services en langue anglaise.

En plus des principaux services offerts s'ajoute le mandat provincial qui revient au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal d'offrir des soins et des services ultraspécialisés dans le domaine des troubles de l'alimentation, ainsi que celui d'offrir des services de protection de la jeunesse et des services résidentiels de réadaptation en langue anglaise à tous les jeunes de la province qui les requièrent. Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal offre aussi des services de deuxième ligne en santé mentale aux communautés autochtones de Nunavik et Cries de la Baie James.

La Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel de l'Hôpital Sainte-Anne offre des soins de santé et des services surspécialisés de réadaptation en santé mentale aux vétérans des Forces armées canadiennes et aux membres de la Gendarmerie royale du Canada, actifs ou non.

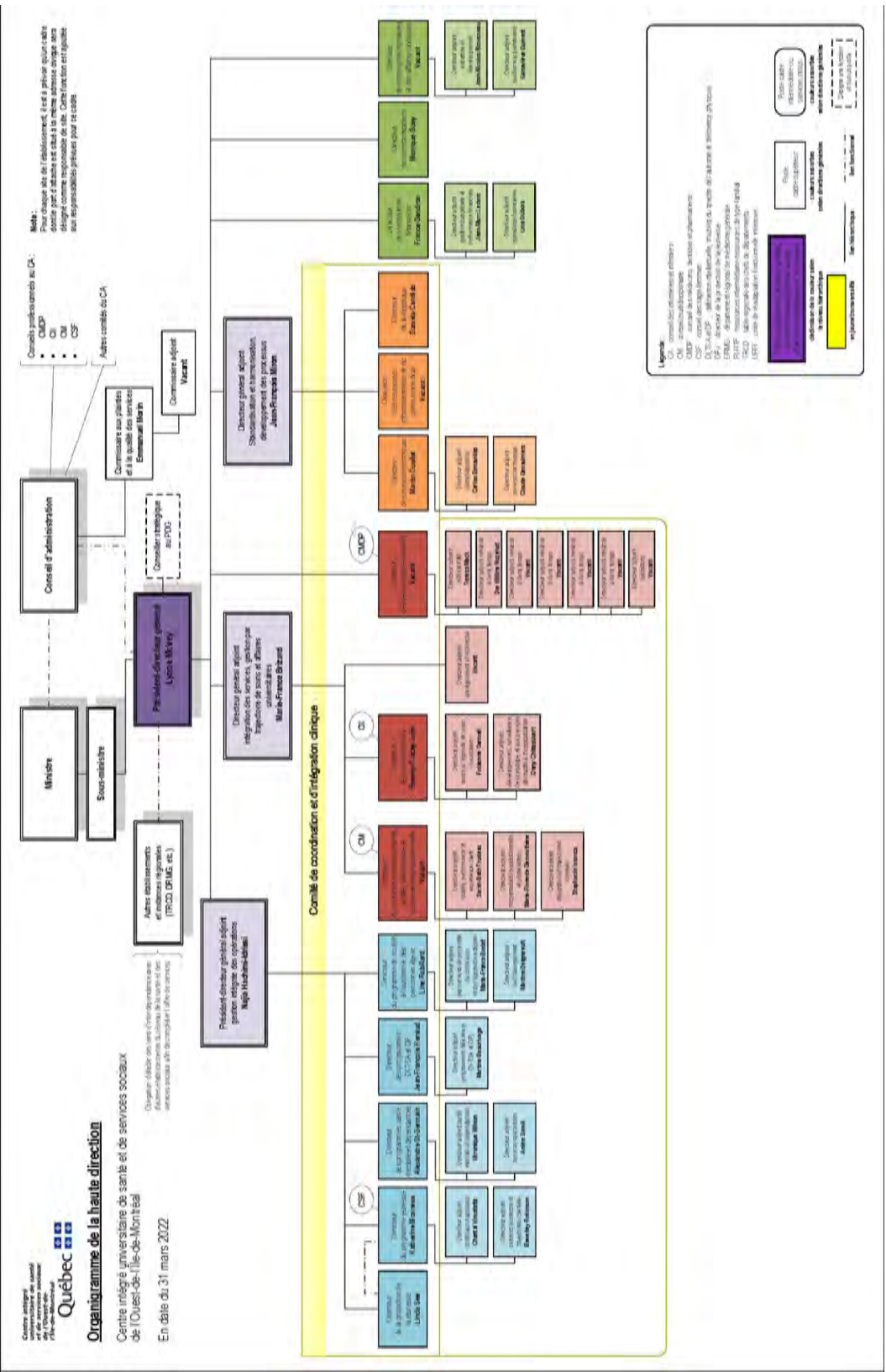
Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été créé le 1^{er} avril 2015.

En date du 31 mars 2022, il était constitué des installations suivantes :

Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM)
Réseau local de services (RLS) de Dorval-Lachine-LaSalle
- CLSC de Dorval-Lachine - CLSC de LaSalle - CHSLD de Dorval - CHSLD de Lachine - CHSLD de LaSalle - CHSLD Nazaire-Piché - Unité d'hébergement de l'Hôpital de LaSalle - Hôpital de LaSalle (HL)
Réseau local de services (RLS) de l'Ouest-de-l'Île
- CLSC de Pierrefonds - CLSC du Lac-Saint-Louis - CHSLD Denis-Benjamin-Viger - Hôpital général du Lakeshore
Centre de soins prolongés Grace Dart (Grace Dart)
Centre hospitalier de St. Mary (CHSM)
Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Centres Batshaw)
Hôpital Sainte-Anne (HSA)
Institut universitaire en santé mentale Douglas (Institut Douglas)

* Le territoire du RUIS McGill couvre 63 % de la superficie de la province et comprend les régions suivantes : Nunavik, les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le Nord-du-Québec, l'Abitibi-Témiscamingue, l'Outaouais, l'ouest de la Montérégie ainsi que la partie Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

L'ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2022



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

3.2.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. Richard Legault	Président Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
M ^{me} Isabelle Brault	Vice-présidente Compétence en gouvernance ou éthique
M ^{me} Lynne McVey	Secrétaire Présidente-directrice générale
M ^{me} Nada Dabbagh	Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
M ^{me} Micheline Béland	Comité des usagers (CU)
M. Allen Van der Wee	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
M. Paul Lohnes	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
M ^{me} Maya Nassar	Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
Vacant	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
M ^{me} Marie-Julie Chartrand	Conseil multidisciplinaire (CMULTI)
D ^r Nebojsa Kovacina	Département régional de médecine générale (DRMG)
M ^{me} France Desjardins	Expertise dans les organismes communautaires
M ^{me} Judy Martin	Expertise en protection de la jeunesse
M ^{me} Caroline Storr-Ordolis	Expertise en réadaptation
M. Gary Whittaker	Expertise en réadaptation
D ^r Ashok Malla	Expertise en santé mentale
M ^{me} Joanne Beaudoin	Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
D ^{re} Shari Baum	Universités affiliées
D ^r Samuel Benaroya	Universités affiliées

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

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

Le *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de conseil d'administration* se trouve à l'Annexe 1 du présent rapport.

3.2.2 LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

Comité de gouvernance, éthique, ressources humaines et administration

M ^{me} France Desjardins	Présidente
M ^{me} Isabelle Brault	
Dr Samuel Benaroya	
M ^{me} Judy Martin	
M. Gary Whittaker	
M. Richard Legault	Président du conseil d'administration
M ^{me} Lynne McVey	Membre <i>ex officio</i> , Présidente-directrice générale

Comité de vérification et infrastructure

M. Gary Whittaker	Président
M ^{me} Joanne Beaudoin	
M. Paul Lohnes	
M. Allen Van der Wee	
M ^{me} France Desjardins	
M ^{me} Lorna Cuthbertson-Tardif	Membre observateur
M. Richard Legault	Membre <i>ex officio</i> , Président du conseil d'administration
M ^{me} Lynne McVey	Membre <i>ex officio</i> , Présidente-directrice générale

Comité de vigilance et de la qualité des services

M ^{me} Judy Martin	Présidente
M ^{me} Micheline Béland	
Mme Caroline Storr-Ordolis	
M. Emmanuel Morin	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
M. Richard Legault	Membre <i>ex officio</i> , Président du conseil d'administration
M ^{me} Lynne McVey	Présidente-directrice générale

Comité de révision

M ^{me} France Desjardins	Présidente
Dr Gary Inglis	
D ^{re} Chryssi Paraskevopoulos	

Comité d'évaluation des mesures disciplinaires

M ^{me} Isabelle Brault	Présidente
Dr Samuel Benaroya	
M ^{me} Micheline Béland	
Dr Nebojsa Kovacina	
M. Richard Legault	Président du conseil d'administration

Comité des soins et services

M ^{me} Isabelle Brault	Présidente
M ^{me} Nada Dabbagh	
M ^{me} Marianne Ferraiuolo	Membre observateur
M ^{me} Judy Martin	
M. Richard Legault	Membre <i>ex officio</i> , Président du conseil d'administration
M ^{me} Lynne McVey	Membre <i>ex officio</i> , Présidente-directrice générale

Comité - Communications

M. Allen Van der Wee	Président
M ^{me} Isabelle Brault	
M ^{me} France Desjardins	
M ^{me} Nada Dabbagh	
M. Gary Wittaker	
M. Richard Legault	Membre <i>ex officio</i> , Président du conseil d'administration
M ^{me} Lynne McVey	Membre <i>ex officio</i> , Présidente-directrice générale

Comité des affaires universitaires

Dr Samuel Benaroya	Président
M ^{me} Joanne Beaudoin	
M ^{me} Nada Dabbagh	
D ^{re} Shari Baum	
M ^{me} Caroline Storr-Ordolis	
M. Richard Legault	Membre <i>ex officio</i> , Président du conseil d'administration
M ^{me} Lynne McVey	Membre <i>ex officio</i> , Présidente-directrice générale

Comité des affaires populationnelles et des partenariats

M ^{me} Maya Nassar	Présidente
M ^{me} Micheline Béland	
M ^{me} Marianne Ferraiuolo	Membre observateur
Dr Nebojsa Kovacina	
M. Gary Wittaker	
M. Richard Legault	Membre <i>ex officio</i> , Président du conseil d'administration
M ^{me} Lynne McVey	Membre <i>ex officio</i> , Présidente-directrice générale

Comité des usagers et des résidents

M ^{me} Micheline Béland	Présidente Présidente du comité des usagers Dorval-Lachine-LaSalle
M. John Brkich	Trésorier Président du comité des résidents du Centre de soins prolongés Grace Dart
M. Abdelkarim Elgadi	Président du comité des usagers de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
M ^{me} Catherine Bubnich	Membre du comité des usagers de l'Hôpital général du Lakeshore
M ^{me} Johanne Comeau	Présidente du comité des résidents du Centre d'hébergement Nazaire-Piché
M ^{me} Hélène Duquet	Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement de Lachine
M ^{me} Jeanine Lemire	Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement de Dorval
M. Claudel St-Pierre	Président du comité des résidents du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger
M ^{me} Dianne Sabourin	Présidente du comité des usagers du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
Vacant	Président du Comité des usagers de l'Hôpital Sainte-Anne

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

D ^{re} Hélène Daniel	Présidente
M ^{me} Hélène Paradis	1^{ère} vice-présidente comités Représentante du département de pharmacie
D ^r Fadi Habbab	2^e vice-président départements Représentant du Centre hospitalier de St. Mary
D ^{re} Mathangi Ramani	Trésorière Représentante de DLL (Dorval-Lachine-LaSalle)
D ^{re} Liliane Fortier	Secrétaire Représentante du volet CLSC
D ^{re} Inès Tamokwé Mesouop	Représentante du volet CHSLD
D ^{re} Joan Mason	Représentante de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
D ^{re} Karen Dahan	Représentante de DLL (Dorval-Lachine-LaSalle)
D ^r Steven Herskovitz	Représentant du Centre hospitalier de St. Mary
D ^r Rickul Varshney	Représentant de l'ODI (Ouest-de-l'Île)
D ^r Achla Virmani	Représentant de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
D ^r Christian Zalai	Représentant de l'ODI (Ouest-de-l'Île)
D ^{re} Willine Rozefort	Directrice des services professionnels par intérim
M ^{me} Lynne McVey	Présidente-directrice générale

Comité exécutif du Conseil des sages-femmes

M ^{me} Trista Leggett	Présidente
M ^{me} Catherine Mason	Vice-présidente
M ^{me} Magali Letarte	Secrétaire par intérim
M ^{me} Karla Moran	Administratrice
M ^{me} Lynne McVey	Présidente-directrice générale

Conseil des infirmiers et infirmières (CII)

M ^{me} Jennifer Marandola	Présidente Direction des soins infirmiers
M ^{me} Marie-Andrée Gaudreau	Vice-présidente Direction des soins infirmiers
M ^{me} Beverley-Tracey John	Secrétaire Direction des soins infirmiers
M ^{me} Anne-Marie Nadeau	Direction des soins infirmiers
M ^{me} Nancy Lyons	Direction du programme jeunesse
M ^{me} Nathalie Pineda	Direction des programmes de santé mentale et dépendances
M ^{me} Diane Glavina	Direction des ressources humaines et des affaires juridiques
M ^{me} Majorie Blanchette	Direction déléguée prévention et contrôle des infections
M ^{me} Marie-Claude Goyer	Représentante Infirmière praticienne spécialisée Direction des soins infirmiers

Conseil multidisciplinaire

M. Sébastien Tremblay	Président Éducateur spécialisé
M ^{me} Shannon Conway	Vice-présidente Travailleuse sociale
M. Jerry Belony	Trésorier Éducateur spécialisé
M ^{me} Kim Tardif	Secrétaire (membre coopté) Agente de planification, programmation et recherche
M ^{me} Zoé Hurtado	Responsable des communications Travailleuse sociale
M ^{me} Marie-Claude Lajoie	Thérapeute en réadaptation physique et chef de service, Programme services cliniques en hébergement
M. Martin Carrière	Travailleur social et chef des services résidentiels
M. Michel De Oliveira	Travailleur social et agent de planification, programmation et recherche (APPR)
M. Rigaud Saint-Amour	Travailleur social
M ^{me} Rachel Landry	Physiothérapeute
M ^{me} Justine Savoie	Travailleuse sociale
M ^{me} Flora Masella	Récréologue
M ^{me} Amélie Giroux	Nutritionniste
M ^{me} Isabelle Poirier	Technicienne en administration
M ^{me} Venise Calluzzo	Adjointe à la directrice des services multidisciplinaires
M ^{me} Sophie Ouellet	Directrice des services multidisciplinaires
M ^{me} Lynne McVey	Présidente-directrice générale

Comité de gestion des risques

D ^{re} Willine Rozefort	Co-présidente (clinique) Directrice intérimaire des services professionnels (DSP)
M ^{me} Sarah-Beth Trudeau	Co-présidente (administratif) Directrice adjointe qualité, performance et expérience client à la Direction des services multidisciplinaires, qualité, performance et responsabilité populationnelle (DSMQPRP)
M ^{me} Franca Palucci	Secrétaire Agente administrative à la DSMQPRP
M ^{me} Martine Beaurivage	Représentante du Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) Adjointe au directeur DI-TSA-DP
M. Marc Boutin	Représentant de la Direction des programmes de santé mentale et dépendances (DPSMD) Adjoint au directeur DPSMD
M ^{me} Danielle Couderc	Représentante de la DSMQPRP Conseillère cadre en gestion des risques
M ^{me} Stéphanie Iasenza remplacée par M ^{me} Venise Calluzzo	Représentante de la DSMQPRP Directrice intérimaire de la DSMQPRP Adjointe à la directrice de la DSMQPRP
M ^{me} Nancy Lyons	Représentante du Conseil exécutif des infirmiers et infirmières (CECII) Chef de service continuum naissance
M ^{me} Chantal Manoukian	Représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et de la Direction des services professionnels (DSP) Chef adjointe pharmacie
D ^{re} Katherine Moxness	Représentante de la Direction du programme jeunesse (DJ) Directrice du programme jeunesse
M ^{me} Merilyne Ng Ah Chey	Représentante du Comité des usagers Usagère-partenaire
M. Jérôme Ouellet	Représentant de la Direction des soins infirmiers (DSI) Adjoint à la directrice DSI
M ^{me} Rachel Poyeau	Représentante de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) Adjointe à la directrice DSAPA
M ^{me} Dorna Rahmani	Représentante de la DSMQPRP Chef de service en qualité, certification et gestion des risques
M ^{me} Linda See	Représentante de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) Directrice de la DPJ

Autres comités et instances consultatives

D'autres comités et instances consultatives sont également en place dans l'organisation tels que le comité de coordination opérationnelle, le comité d'éthique clinique, les comités d'éthique de la recherche et le comité permanent des mesures de contrôle.

3.3 LES FAITS SAILLANTS

LE PERSONNEL : POUR UNE ORGANISATION DE TRAVAIL PLUS HUMAINE

Bien-être et reconnaissance des employés

Afin de souligner le travail exceptionnel des employés durant la pandémie, la haute direction a multiplié les actions pour la reconnaissance des employés. Véritable philosophie de gestion, les cadres supérieurs et intermédiaires sont encouragés à souligner les bons coups et remercier les employés au quotidien. Plus que jamais, les directions, avec la collaboration de la direction des ressources humaines et des affaires juridiques, ont planifié des actions de reconnaissance et d'échange avec les équipes. Le comité de direction effectue des visites terrain régulièrement et implique les gestionnaires de proximité dans ces moments de partage, pour que tous se sentent écoutés. Pour pallier les limites des activités sociales en pleine pandémie, la haute direction a donné rendez-vous aux employés régulièrement pour des rencontres virtuelles afin d'atteindre le plus grand nombre et répondre à leurs questions et préoccupations. La présidente-directrice générale, Mme Lynne McVey, n'a jamais cessé d'aller sur le terrain pour remercier les équipes, avec le plus grand souci des mesures sanitaires.

En 2021-2022, un mot de remerciement, sur papier ensemencé symbolisant la vie qui continue, a été distribué à l'ensemble de 14 000 employés. Durant la période estivale, c'est dans une ambiance festive qu'un camion de cuisine de rue a effectué une tournée des installations pour distribuer des repas gratuits aux employés travaillant dans les secteurs 24/7, en guise de reconnaissance.

Bureau de santé optimisé

Vaccination:

- Cliniques de vaccination employé à même les installations, dans chacune des installations du CIUSSS. Afin de faciliter l'accès, les vaccinateurs se sont même déplacés directement sur les unités de soin;
- Communication par textos avec les employés afin de les informer des cliniques de vaccinations organisées dans leur port d'attache (ils avaient l'option de se désabonner des envois de textos);
- Mise en place d'une voie d'accès rapide dans les cliniques de vaccination populationnelles afin de permettre aux employés de s'y faire vacciner, s'ils le désiraient.

Ligne COVID des employés:

- Maintien de la ligne téléphonique COVID destinée aux employés pour répondre aux questions relatives à la COVID (quoi faire lors d'une situation X);
- Mise en ligne d'un formulaire interactif comme solution alternative à la ligne COVID. Les employés obtiennent des orientations en temps réels sur leur situation personnelle. Ainsi, certains ont pu être retirés rapidement du travail afin d'éviter de possibles éclosions.

Pairs-aidants et veilleurs

- Déploiement d'une nouvelle campagne de recrutement pour les pairs-aidants;
- Les pairs-aidants sont maintenant identifiés avec un « collier » personnalisé, facile à repérer par leur collègue de travail;
- Instauration prochaine d'un groupe TEAMS où les pairs-aidants pourront partager leurs expériences et se soutenir mutuellement en toute confidentialité;
- Une seconde campagne a permis le recrutement des veilleurs; à l'automne 2021, le CIUSSS a développé un réseau de bienveillance, pour renforcer de façon rapide et efficace, le soutien psychosocial pour le personnel du CIUSSS ODIM vivant une situation difficile ou de la détresse psychologique. Cette stratégie vise à rejoindre les gens directement sur le terrain et à offrir du soutien de proximité, par un réseau de veilleurs sélectionnés parmi les employés. Les veilleurs sont formés par la Croix-Rouge canadienne à prendre soin de soi et des autres lors de situations difficiles afin d'offrir du soutien entre collègues.
- 88 pairs-aidants et plus de 150 veilleurs sont actuellement en poste.

Coalition DSI-DSP pour soutenir les soins critiques

Pénurie de main-d'œuvre et fatigue pandémique, des facteurs qui mettent à rude épreuve le bon fonctionnement des urgences des hôpitaux. Le CIUSSS n'y échappe pas, mais affiche une mobilisation exceptionnelle afin d'assurer des soins ininterrompus de qualité à la population. À coups d'efforts concertés, d'initiatives novatrices et d'accompagnements soutenus, l'établissement a maintenu son offre de services à l'Hôpital général du Lakeshore (HGL), où la situation a été particulièrement délicate, de la mi-juin à la mi-octobre.

Exemples d'actions déployées :

- Comité de gestion de l'urgence de l'HGL regroupant plusieurs directions (rencontres quotidiennes, Plan de relance visant une consolidation à long terme);
- Efforts intenses de dotation, d'intégration de nouvelles infirmières (formation, jumelage et accompagnement) et de rétention;
- Appel à la mobilisation par l'entremise de la campagne la « Force du nous!¹ »;
- Changements à la pratique professionnelle;
- Collaboration soutenue du corps médical;
- Amélioration de la fluidité des patients et de la gestion de lits;
- Ouverture d'une Clinique d'accès rapide;
- Campagne de sensibilisation aux solutions de rechange à l'hospitalisation;
- Achat d'équipements médicaux;
- Suivi de statistiques : patients sur civières, taux d'occupation, admissions, etc.;
- Arrimage optimisé avec les GMF;
- Présence permanente d'une conseillère clinique et visites quotidiennes d'un directeur;
- Communication rehaussée avec les employés : séances Zoom de la PDG, messages clés, sondage, installation d'écrans dynamiques;
- Mesures incitatives et activités de reconnaissance : primes, service de gardiennage, camions de nourriture de rue, etc.

Tout cela au cœur d'une quatrième vague pandémique!

Programme FORCES

En février 2020, une équipe du CIUSSS ODIM, en partenariat avec la faculté des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill a été sélectionnée, sur la base d'un concours, pour prendre part au programme FORCES/EXTRA d'Excellence en santé du Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'équipe a travaillé sur le développement d'un modèle d'excellence en formation clinique universitaire destiné aux étudiantes infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL). Dans cette démarche, des médecins et des IPSPL, de même que des étudiants et des patients ont été impliqués dans la coconstruction du modèle. Une recension des écrits a aussi été réalisée.

Le programme FORCES s'est avéré un puissant levier de développement du leadership. L'expérience et l'accompagnement reçus par les mentors d'Excellence en santé Canada, se sont traduits par le renforcement des liens de partenariats entre l'Université McGill et le CIUSSS ODIM. Ce programme a aussi fourni une occasion unique d'améliorer la qualité de l'expérience des stages pour les étudiants IPSPL et pour leurs superviseurs.

L'implantation du modèle développé en première ligne, de même que son application dans d'autres secteurs est prévue pour 2023-2024. Il s'agit donc d'un projet porteur pour le développement de la pratique et la qualité des soins offerts.

¹ La Force du nous est une initiative de mobilité interne pour soutenir les équipes.

LA GOUVERNANCE ET LA PERFORMANCE

L'accès aux données

En 2021-2022, plusieurs projets ont été démarrés ou consolidés pour garantir une meilleure accessibilité à des données de qualité en soutien aux différents projets prioritaires du CIUSSS tant au niveau de la planification que du suivi régulier.

- De nombreux outils ont été développés pour permettre aux cliniciens et gestionnaires de consulter des données de qualité en vue d'améliorer les pratiques cliniques.
- Les données de la campagne de vaccination COVID-19 ont notamment été intégrées à l'ensemble des données déjà disponibles. Un système de tableaux de bord et d'indicateurs permet de suivre les délais dans la trajectoire et d'en identifier la source. Ce système contribue au bon déroulement des opérations d'inscription, d'évaluation, et de vaccination.
- La mise en place du Portail de suivi de la performance, principale plateforme de diffusion des données et des statistiques du CIUSSS ODIM, a permis à tous les employés d'avoir accès aux rapports et aux tableaux de bord et de compléter des demandes d'information. Par ailleurs, une formation est offerte en tout temps aux utilisateurs intéressés à en connaître davantage sur le contenu, la navigation et les fonctionnalités de la plateforme. La nouvelle version du portail, actuellement en développement, présentera une expérience utilisateur améliorée.

Adoption du Power BI

L'utilisation de l'outil de visualisation des données Microsoft Power BI est maintenant de plus en plus répandue à travers le RSSS. L'accès aux tableaux de bord ministériel du MSSS sur Power BI a permis de diffuser des données pertinentes tant en soutien à la direction générale qu'aux services tactiques et opérationnels de l'organisation.

Certains tableaux de bord ministériels, diffusés à même le Portail de suivi de la performance, sont utilisés lors du comité de direction (CODIR) et du comité de coordination des opérations (CCO). L'accès aux données du CIUSSS ODIM et des autres CISSS et CIUSSS, donnent aux directeurs et directeurs adjoints la possibilité de se concentrer sur une thématique précise et d'échanger sur les enjeux importants.

Une formation sur l'utilisation de ce nouvel outil a été organisée pour les 20 super utilisateurs de l'établissement.

La création et la diffusion de nouveaux tableaux de bord Power BI sont prévues afin de suivre efficacement les indicateurs clés de plusieurs secteurs. L'option d'intégrer les données à des tableaux de bord interactifs et flexibles offrira aux gestionnaires, aux cliniciens, et à la direction générale, des outils de consultation des données plus efficaces, ainsi que l'avantage indéniable d'une expérience-utilisateur optimale.

Comité de régie

Mis en place durant la pandémie, le comité de régie a pour objectif d'assurer le déploiement de la gestion par partenariat clinico-médico-administratif et de soutenir l'optimisation de la collaboration interprofessionnelle.

Ce comité s'assure notamment du déploiement des grandes orientations stratégiques et veille à ce qu'il y ait une cohérence dans l'organisation des soins et services au sein du CIUSSS ODIM. En outre, le comité de régie contribue à l'avancement de la mission universitaire de l'établissement.

Relevant de la direction générale, le comité de régie est présidé par la PDG et est composé des membres du comité de direction, des chefs de départements cliniques, des chefs de l'enseignement médical ainsi que des directeurs des réseaux locaux de services. Soulignons que les travaux du comité de régie sont également suivis au conseil d'administration par l'entremise de son comité des soins et services.

Comité stratégique d'équité, de diversité et d'inclusion et de la sécurité culturelle

Le CIUSSS ODIM veille à respecter et à promouvoir à la fois l'équité, la diversité, et l'inclusion (ÉDI) au niveau de la gestion des ressources humaines et la sécurisation culturelle dans ses relations avec les usagers autochtones. La

PDG du CIUSSS ODIM a donc mis de l'avant le Comité stratégique sur l'ÉDI et la sécurisation culturelle, en partenariat avec l'organisme ACCÉSSS. Outre les représentants des directions cliniques et administratives du CIUSSS ODIM, le comité regroupe des partenaires et représentants des communautés autochtones et culturelles, ainsi que des membres du comité des usagers. Cinq groupes de travail relèvent du comité stratégique: les services aux communautés autochtones, la diversité culturelle jeunesse, la clinique des femmes, la sensibilisation et les communications, ainsi que la gestion des ressources humaines.

Plusieurs retombées positives résultent des travaux du comité:

- L'identification des priorités à adresser et mobilisation des bons acteurs autour des plans d'action;
- L'amélioration de la fluidité des communications entre les parties prenantes;
- Le développement et le renforcement de relations avec partenaires et représentants des communautés autochtones et culturelles;
- L'engagement des directions dans un processus visant à mieux s'adapter aux diversités des usagers et des employés, et à offrir des services de la plus haute qualité;
- Mise à jour les politiques et de l'offre de service dans un but d'assurer un continuum des services adaptés et représentatifs des usagers et employés;

Les travaux permettront aussi d'établir une culture d'inclusion qui valorise la diversité et qui contribuera à lutter contre le racisme et la discrimination.

Groupes d'actions locaux

La pandémie, notamment la 1^{re} vague, a mis en exergue l'importance de la décentralisation. L'urgence d'agir a amené le CIUSSS ODIM à innover avec une proposition de gestion locale qui a donné, lors des vagues subséquentes, des résultats probants sur l'expérience client : prise de décision et rapidité d'action, efficacité de la communication bidirectionnelle et de la coordination, et amélioration des pratiques.

Sur ses différents sites et au cœur des structures hiérarchiques, le CIUSSS a déployé une structure de gestion fonctionnelle composée de 16 groupes d'actions locaux (GAL). L'agilité et l'autonomie d'action des GAL, portés par une concertation effective des médecins et l'expertise des directions soutien (ex. : Prévention et contrôle des infections (PCI), Ressources humaines, Installations matérielles), ont contribué à stimuler les innovations locales. Ce modèle, qui diminue grandement la pression sur les gestionnaires de proximité, est d'ailleurs à pérenniser et représente une opportunité innovante pour adresser les enjeux liés à la fluidité.

Présidé par un cadre supérieur doté du rôle fonctionnel de gestionnaire d'installation, le groupe d'action local se réunit quelques fois par semaine et est composé de 8 à 10 leaders locaux : PCI, gestionnaires de proximité, médecins des directions cliniques impliquées dans la fluidité, Direction des soins infirmiers (DSI), Direction des services professionnels (DSP), Direction des services multidisciplinaires, de la qualité, de la performance et de la responsabilité populationnelle (DSMQPRP) et toute autre personne clé.

DES ENVIRONNEMENTS ADAPTÉS POUR DES MILIEUX DE VIE ATTRAYANTS ET MODERNES

Le nouvel Institut universitaire en santé mentale Douglas

Si la pandémie a mis en lumière les besoins criants en santé mentale, elle a démontré par le fait même toute l'importance d'investir dans les infrastructures dans lesquelles les soins et services sont offerts. Un projet tel que celui du renouvellement des infrastructures de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD) s'inscrit dans cette nécessité.

Actuellement, la configuration inadéquate du site avec 34 bâtiments dispersés sur un vaste terrain, la vétusté avancée de nombreux pavillons et la saturation des espaces, ont des impacts majeurs tant sur les plans clinique et académique que sur le plan de la recherche.

L'essence du projet consiste à créer un environnement accueillant, déstigmatisant, favorisant le rétablissement des usagers avec des espaces modernes, lumineux et calmes. L'accès à la nature sera valorisé et intégré. Les chambres

et salles de bain privées offriront intimité et confidentialité, et l'ajout de lits augmentera la capacité d'accueil. Ces nouveaux espaces permettront également de bien accueillir les proches et les pairs aidants.

Quant à l'enseignement et à la recherche, les gains seront également considérables : meilleure intégration aux activités cliniques, installations modernes, fiables, à la fine pointe de la technologie, offrant les meilleures conditions pour l'apprentissage et la recherche. La réalisation du projet fera du Douglas un institut du 21^e siècle!

En décembre 2021, le CIUSSS ODIM a reçu du MSSS l'Avis de reconnaissance qui atteste de la pertinence des besoins cliniques justifiant le projet de renouvellement des infrastructures. Cet avis a permis de débiter l'élaboration du programme fonctionnel, préalable à l'analyse immobilière.

Modernisation et mise à niveau des unités de soins du Centre hospitalier de St. Mary

Au cours des prochaines années, un vaste projet de modernisation et de mise à niveau des unités de soins viendra améliorer de manière significative les infrastructures physiques du Centre hospitalier de St. Mary (CHSM). En effet, les installations actuelles sont vétustes et exigües et ne répondent plus aux standards immobiliers. L'un des principaux objectifs du projet consiste à éliminer l'ensemble des chambres à occupation multiple pour n'aménager que des chambres individuelles.

La réalisation de ce projet clinique et académique aura plusieurs effets positifs, tant pour la clientèle de l'installation que pour le personnel qui y œuvre. Les usagers bénéficieront de l'amélioration des soins et services offerts avec une prestation optimale en ce qui a trait à la qualité, l'accessibilité, la fonctionnalité et la sécurité. Cela permettra également de faciliter l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections, dont toute l'importance a été démontrée durant la pandémie. Pour sa part, le personnel saura apprécier un environnement de travail, moderne, sécuritaire et à la fine pointe. La mission universitaire du CHSM et du Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) s'en verra également renforcée avec l'amélioration et la mise aux normes de l'environnement d'apprentissage.

En février 2022, ce projet a franchi une étape importante vers sa réalisation. En effet, le gouvernement a approuvé le dossier d'opportunité et donné le feu vert à l'élaboration du dossier d'affaires, grâce à un investissement de 16,2 millions \$.

Consolidation des campus des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw ont pour noble mission d'offrir des services psychosociaux, de réadaptation et d'insertion sociale aux enfants, aux jeunes et à leurs familles. Si la majorité des services sont donnés à domicile, certains jeunes ont besoin de protection et de services spécialisés, et se voient donc hébergés dans des unités résidentielles qui leur sont destinées. Actuellement, les campus qui les accueillent sont éparpillés sur différents sites souvent éloignés (Dorval, Prévost, Rivière-des-Prairies), et plusieurs de leurs bâtiments sont vétustes et non adaptés à la technologie.

L'objectif du projet de consolidation vise à créer à Beaconsfield un campus regroupant l'ensemble des unités de réadaptation en milieu de vie ouvert et à rassembler au campus de Dorval celles en milieu fermé.

Le campus de Beaconsfield verra l'ajout de trois nouvelles unités de réadaptation ouverte, en plus des quatre déjà construites pour atteindre une capacité d'accueil de 84 jeunes. Des espaces consacrés aux fonctions clinico-administratives, pédagogiques et de soutien seront également inclus au projet.

En réunissant sur un même site l'expertise et les services offerts et en favorisant les échanges interdisciplinaires entre les divers professionnels, les jeunes et leur famille bénéficieront d'un accompagnement mieux adapté à leur réalité.

Le 22 février 2022, le CIUSSS ODIM a reçu l'autorisation d'amorcer directement la réalisation du dossier d'affaire du projet de construction du Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw, à Beaconsfield, accélérant par le fait même sa réalisation.

Nouvelle urgence de l'Hôpital général du Lakeshore

Accueillir et prendre en charge les malades et les blessés qui se présentent à l'hôpital par eux-mêmes ou par ambulance, telle est la vocation d'un service d'urgence. L'environnement dans lequel il opère est donc déterminant pour assurer une prise en charge optimale et sécuritaire des usagers.

En plus de ses 271 lits, l'Hôpital général du Lakeshore (HGL) compte 31 civières à l'urgence. Or, celle-ci, construite dans les années 1960 dans une structure temporaire, a atteint sa durée de vie utile. En effet, elle présente plusieurs problèmes fonctionnels et techniques et ne répond pas aux normes actuelles des bâtiments. Cela s'avère d'autant plus nécessaire que la situation démographique de l'Ouest-de-l'Île, avec le vieillissement considérable anticipé de la population, oblige l'HGL à assumer une croissance soutenue de la demande de services et un alourdissement de la clientèle.

L'objectif est donc de construire une nouvelle urgence moderne et fonctionnelle qui offrira de nombreux bienfaits : meilleur accès aux services pour la population, plus grande fluidité du parcours des différentes clientèles (cheminement clinique des patients et optimisation des séjours), respect des normes de prévention et de contrôle des infections, environnements agréables, accessibles, adaptés, sécuritaires, et propices à l'enseignement et à la recherche.

Durant la dernière année, tous les efforts ont été déployés pour accélérer l'élaboration du programme fonctionnel et de la solution immobilière afin de pouvoir soumettre le dossier d'opportunité au Conseil des ministres pour approbation.

Maison alternative Dorval

Une démarche de transformation majeure des milieux d'hébergement et de soins de longue durée est en cours au Québec.

C'est dans ce cadre qu'un tout nouveau milieu de vie verra le jour sur le territoire de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour répondre aux besoins en hébergement des personnes adultes de moins de 65 ans, ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, et qui nécessitent des besoins importants en soins et en réadaptation.

Avec ses 72 places, la Maison alternative Dorval offrira à ces personnes un milieu de vie à dimension humaine, constitué de six unités climatisées de 12 places chacune, et comportant des chambres individuelles avec toilette et douche adaptées pour chaque résident.

Ainsi, ce nouveau type d'hébergement rappellera davantage un domicile et favorisera les contacts humains ainsi qu'un mode de vie plus actif, entre autres, grâce à un accès à des espaces extérieurs aménagés et à des installations intérieures mieux adaptées aux besoins des résidents et de leurs proches.

Ce milieu de vie favorisera également l'inclusion du résident, la réalisation de son projet de vie, sa participation sociale et communautaire de même que le maintien et le développement de ses capacités pour l'accomplissement des activités significatives.

À l'instar d'autres maisons des aînés et alternatives au Québec, la surchauffe du marché dans le secteur de la construction a retardé l'appel d'offres pour la construction de la maison qui a finalement pu être lancé en mars 2022.

Nouvelle Unité d'hospitalisation brève en santé mentale à Lakeshore

Fruit d'une démarche de plusieurs mois, l'Unité d'hospitalisation brève (UHB) en psychiatrie de l'Hôpital général du Lakeshore s'est concrétisée en octobre 2021. L'ouverture de cette unité marque le retour partiel de la psychiatrie sur le site de l'Hôpital, après le transfert des lits au site Douglas pour la durée de la pandémie.

Bien au-delà de la pandémie, ce projet s'inscrit dans la foulée des efforts pour désengorger l'urgence et améliorer la fluidité des soins prodigués aux patients de l'Ouest-de-l'Île. Installée à proximité de l'urgence, cette unité a été pensée et conçue pour répondre aux besoins particuliers (courte hospitalisation, consultation d'urgence, etc.) de certaines clientèles. Pour le moment, les patients hospitalisés à plus long terme demeurent à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD).

Plusieurs avantages sont associés à l'implantation de l'UHB en psychiatrie, notamment :

- Bonifier l'analyse diagnostique en psychiatrie en début de séjour hospitalier;
- Optimiser les activités de planification des congés;
- Assurer des services de proximité en santé mentale pour la population de l'Ouest-de-l'Île;
- Offrir un environnement sécuritaire;
- Éviter le déplacement de patients vers l'IUSMD;
- Améliorer l'efficacité de la prise en charge à l'urgence et favorise la compression des délais;
- Favoriser le cheminement fluide des patients;
- Contribuer au désengorgement de l'urgence;
- Améliorer la qualité des soins tout en diminuant la durée moyenne de séjour à l'urgence.

Rapatriement de 26 lits RFI situés hors territoire

Consolidation de l'offre de service de réadaptation en rapatriant 26 lits de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) qui étaient situés hors territoire depuis les dernières années. Ces lits se retrouvent dorénavant à l'Hôpital Sainte-Anne et à l'Hôpital de LaSalle afin de desservir toute la population du territoire. Le nombre de lits RFI sur le territoire passe donc de 22 à 48.

Le programme complet de réadaptation en santé physique sur le territoire du CIUSSS ODIM est maintenant de 120 lits, soit 48 lits de réadaptation fonctionnelle intensive et 72 lits de réadaptation légère à modérée.

Ce rapatriement augmente l'accessibilité des lits dans l'Ouest-de-l'Île, bonifiant ainsi l'offre de service de proximité.

UNE ANNÉE SOUS LE SIGNE DE L'ACCESSIBILITÉ, DE LA QUALITÉ ET DE L'ADAPTATION DES SOINS

Guichet Porte bleue

En février 2022, la Direction du programme jeunesse (PJ) a inauguré un nouveau guichet d'accès unique destiné aux référents internes et externes d'utilisateurs des services jeunesse. L'ouverture de ce guichet, nommé « la Porte bleue », fait partie des nombreuses actions mises en œuvre pour consolider des trajectoires de services distinctes et assurer une prise en charge rapide des familles.

La Porte bleue couvre l'ensemble des CLSC du territoire et est accessible à tous les référents souhaitant :

- Acheminer une demande vers l'un des programmes suivants; Jeunes en difficulté (6-17 ans), Agir tôt, et services jeunesse (0-17 ans) de première ligne, à l'exception de la santé mentale jeunesse;
- Soumettre une demande à l'attention des services en périnatalité (0-5 ans);
- Transmettre un avis de grossesse ou un avis de naissance.

En tant que point d'ancrage entre les référents, les partenaires et les services en CLSC, la Porte bleue veille à soutenir et faciliter le contact initial, ainsi que le processus de référence. L'équipe multidisciplinaire du guichet se charge de :

- Analyser les besoins;
- Élaborer des stratégies d'intervention de crise (lorsque requises);
- Orienter vers le programme approprié;
- Maintenir de liens étroits avec tous les partenaires;
- Recenser les besoins et les activités au sein de la communauté.

Le guichet la Porte bleue assure la prise en charge optimale des clients tout en simplifiant l'accès aux services pour les référents de la clientèle jeunesse.

Clinique d'accès rapide

Toujours à la recherche de moyens innovants pour améliorer les soins et services à ses usagers, le CIUSSS ODIM a développé la clinique d'accès rapide (CAR) à l'Hôpital général du Lakeshore (HGL). Cette nouvelle clinique, en déploiement progressif depuis le mois de septembre 2021, est un modèle innovateur au Québec qui a accueilli au-delà de 700 patients prévenant leur admission à l'Urgence.

Elle a pour objectif de permettre aux usagers en provenance de l'urgence, en attente d'investigation ou d'une consultation, de retourner dormir à la maison si leur condition clinique est stable et sécuritaire, avec la garantie d'un suivi à la clinique le lendemain.

La position géographique de l'HGL crée un achalandage important au Département d'urgence. Les équipes doivent donc sortir des sentiers battus pour répondre aux besoins des patients et améliorer l'offre de services à la population. C'est exactement ce que permet la CAR qui :

- Améliore grandement l'expérience des patients qui peuvent retourner dormir à la maison;
- Réduit les risques de contamination à des infections nosocomiales;
- Limite le déconditionnement des personnes âgées alors que la littérature prouve que les visites prolongées à l'urgence pour les aînés peuvent avoir des conséquences néfastes sur leur santé;
- Diminue les délais d'attente des usagers à l'urgence;
- Permet aux bonnes personnes de recevoir les bons services aux bons moments.

Un sondage auprès des patients ayant bénéficié des services de la CAR a enregistré un taux de satisfaction de près de 95 %. Cette clinique sera progressivement implantée dans les autres hôpitaux du CIUSSS ODIM.

L'amélioration des services nutritionnels à la clientèle

La clientèle du CIUSSS ODIM a maintenant accès à une offre alimentaire améliorée et harmonisée dans trois de ses centres hospitaliers (Hôpital général du Lakeshore, Hôpital de LaSalle et Centre hospitalier de St. Mary). Ce grand projet est le fruit d'une collaboration entre les services alimentaires, les équipes de nutrition clinique et l'équipe de soutien aux pratiques professionnelles de la Direction des services multidisciplinaires, de la qualité, de la performance et de la responsabilité populationnelle (DSMQPRP).

Les balises nutritionnelles de tous les régimes ont été mises à jour permettant d'établir leur valeur thérapeutique et de partager aux professionnels de la santé les nouvelles connaissances à ce sujet. De plus, le nom de chaque régime a été standardisé en fonction des valeurs nutritives recherchées plutôt qu'un diagnostic (ex. : régime calculé en glucides VS régime diabétique), ce qui assure un langage commun entre tous les acteurs impliqués.

Un même système informatique a été implanté sur les 3 sites, permettant ainsi :

- La personnalisation des régimes en fonction des préférences alimentaires de chacun et de la valeur thérapeutique recherchée au niveau nutritionnel;
- La communication automatisée entre les unités et les services alimentaires;
- Une meilleure gestion des inventaires, permettant la réduction du gaspillage et le réinvestissement dans l'offre.

Lors du colloque des Diététistes du Canada de juin 2021, les nutritionnistes-APPR impliquées dans ce projet ont présenté une conférence sur les bénéfices d'une étroite collaboration entre services alimentaires et nutrition clinique. L'amélioration continue de la qualité des services se poursuit, notamment avec un groupe de nutritionnistes intersites et interdirection, qui travaillent de concert pour assurer la conformité et le maintien des bonnes pratiques.

Des urgences en quête des meilleures pratiques

Les urgences ont accueilli la présence d'un intervenant réseau de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA). La force est dans la mise en commun des expertises de tous et les urgences, fortement

sollicitées, ont bénéficié d'une première étape dans le rehaussement des services de la DSAPA. Celle-ci vient appuyer l'équipe de l'urgence en effectuant des évaluations gériatriques ciblées, en formulant des recommandations et en assistant à la planification précoce des congés des usagers à l'urgence.

L'objectif est d'éviter ou diminuer le nombre d'admissions de personnes âgées vulnérables en soins aigus et d'assurer une prise en charge de cette population par les équipes de soins à domicile (SAD). La présence de l'Intervenant réseau à l'urgence permet le dépistage de personnes âgées à risque vivant dans la communauté et non connues du SAD.

Un projet pilote a été réalisé à l'Hôpital général du Lakeshore. Les résultats positifs sur la fluidité démontrée par divers indicateurs dictent l'élargissement à tous les centres hospitaliers du CIUSSS.

Parmi les résultats positifs, on note :

- La réduction des admissions de personnes âgées vulnérables en soins aigus;
- L'optimisation de la fluidité hospitalière;
- Une meilleure prise en charge des personnes âgées à risque.

SANTÉ MENTALE ET PROTECTION DE LA JEUNESSE

Aire ouverte : état d'avancement

Le programme ministériel Aire ouverte a pour mission de desservir les jeunes 12 à 25 ans, qui ne sont pas rejoints par les services institutionnels ou communautaires pour un ou plusieurs besoins de santé, via un réseau intégré de services jeunesse.

Toutes les étapes de planification se sont bien déroulées, malgré la pandémie. L'élaboration du site dans les locaux de Destination travail, un organisme communautaire, la création du comité de jeunes et du comité de familles. Le processus d'embauche est en cours et l'ouverture officielle est prévue incessamment.

Développements envisagés :

- Agrandissement de l'équipe clinique (plusieurs postes en affichage, d'autres à venir; stagiaires); services en médecine familiale;
- Ouverture d'un site principal dans l'Ouest-de-l'Île;
- Intégration d'unités mobiles;
- Nouvelle vague de recrutement pour les comités des jeunes et des familles/aidants (juin 2022);
- Création d'une plateforme virtuelle afin de rejoindre les jeunes en ligne, en collaboration avec la Maison des Jeunes de LaSalle et les services de télésanté;
- Participation à un projet de recherche sur les Aires ouvertes culturellement adaptées;
- Lancement d'une infolettre et présence sur les réseaux sociaux.

Déploiement des pairs-aidants dans les services de santé mentale jeunesse

Un pair-aidant est à l'écoute active et participe à l'autodévoilement pour redonner espoir et confiance à l'utilisateur. Il a la capacité de comprendre les effets de la stigmatisation et de l'autostigmatisation et de les contrer par la normalisation de son vécu. De plus, le pair-aidant offre un soutien à l'utilisateur afin de fixer des objectifs réalistes et participe à la réalisation de plan précis pour les atteindre.

Le programme des pairs-aidants a été déployé en santé mentale jeunesse (SMJ) 2^e ligne. Ces personnes sont responsables des tâches suivantes :

- Participer, avec l'équipe interdisciplinaire et l'utilisateur, à l'élaboration du plan d'intervention et effectuer le suivi des objectifs avec l'utilisateur et l'équipe;
- Effectuer des rencontres individuelles de suivi des objectifs personnels (selon le plan d'intervention établi en équipe) avec les usagers;

- Effectuer des rencontres conjointes avec d'autres membres de l'équipe traitante (psychiatre, intervenants, infirmier/ère de l'interne etc.);
- Faire des accompagnements dans la communauté et des visites à domicile
- Effectuer des activités et sorties avec les patients de l'interne et de l'externe;
- Rédiger des notes évolutives axées sur le rétablissement;
- Participer aux réunions d'équipe;

Un projet pilote pour le déploiement du pair-aidant dans en SMJ 1^{re} ligne a également été réalisé avec les tâches suivantes :

- Relancer les usagers qui sont en attente d'interventions 1^{re} ligne ;
- Être à l'écoute ;
- Offrir des suggestions d'outils et de moyens afin de soutenir les usagers.

Un sondage d'évaluation du projet pilote en 1^{re} ligne, et des services offerts en 2^e ligne en SMJ a été envoyé aux usagers. Les réponses sont positives et confirment la valeur ajoutée du soutien des pairs-aidants dans le cadre de ces programmes.

Programme québécois pour les troubles mentaux

Les travaux liés au déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux - des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)- se sont poursuivis, malgré le contexte pandémique.

Réalisations :

- Rencontres « Jasons PQPTM » pour répondre aux questions des intervenants et des gestionnaires;
- Amorce d'un projet pilote pour la mesure clinique et de deux projets pilotes pour le soutien clinique;
- Mise en place d'un projet visant à explorer l'utilisation d'une solution technologique pour la mesure clinique en continu;
- Ateliers visant à dresser le portrait de la clientèle cible et des services offerts. Plus de 150 intervenants, gestionnaires et psychiatres ont participé à ces ateliers. Ceux-ci témoignent de l'orientation de la Direction de la santé mentale et des dépendances (DPSMD), de partir de la réalité et de la richesse de l'expertise des différentes équipes cliniques pour la co-construction et la mise en place d'une trajectoire de soins et de services pour les personnes avec des troubles mentaux fréquents.

En marche pour transformer les services aux jeunes (recommandations de la Commission Laurent)

La prévention d'abord et avant tout

Le jeune est au cœur des préoccupations des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw. Une trajectoire de service a été créée en partenariat avec les services de première ligne pour s'assurer d'un suivi avant même que le signalement ne soit retenu pour une évaluation. Lorsqu'une famille est référée par le terrain de vérification, les services de première ligne ont un délai limité pour accepter la référence et rencontrer la famille.

La directrice de la protection de la jeunesse a signé des ententes avec des organismes communautaires dans le but d'augmenter les services et l'accompagnement aux familles qui se sont adressés à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), mais qui sont mieux servis par des services dans la communauté.

La mise en place d'un guichet unique pour les services aux jeunes en difficulté est une belle réussite. Cette nouvelle façon de faire permet une agilité, une simplification et un accès plus rapide aux services.

La collaboration essentielle pour mieux soutenir les enfants et leur famille.

En 2021-2022, de nouvelles trajectoires de services ont été créées pour trois types de co-intervention entre la 1^{re} ligne et la Protection de la Jeunesse :

- Co-interventions entre les intervenants de l'évaluation-orientation (É-O) et du programme-service jeunesse en difficulté (JED) œuvrant auprès de la famille ;
- Intervention à court terme (ICT) : le dossier demeure ouvert à l'É-O au cours de la co-intervention, et ce pour une période allant jusqu'à 2 mois ;
- Transfert complet au programme-service JED ; le dossier est fermé à l'É-O avec transfert personnalisé.

L'amélioration continue des services en protection de la jeunesse.

Lorsque le recours aux services spécialisés est requis, l'intensité, la continuité et la stabilité de l'accompagnement doivent être assurées.

- Révision du processus de réception et traitement des signalements en intensifiant la participation des personnes significatives et la vérification terrain;
- Révision entamée en vue d'améliorer le processus de l'É-O, afin mieux servir les jeunes et leurs familles;
- Adoption d'une nouvelle entente multisectorielle;
 - Le personnel recevra une formation pour mieux intervenir dans les cas d'abus sexuels, d'abus physiques et de négligence grave.
- Amélioration des milieux de vie :
 - Subvention de 150 000 \$ pour améliorer l'espace de vie des jeunes dans les centres de réadaptation et bonifier les soins répondant au principe de sécurité culturelle.
- Révision de la politique de planification de la permanence;
 - Amélioration des interventions en matière de planification de la permanence et de veiller à ce que chaque enfant ait une « famille pour la vie ».
 - Formation accrue pour le personnel de la planification de la permanence sur l'importance de définir un projet de vie pour chaque enfant suivi dans le cadre de la protection de la jeunesse.

Accompagner les jeunes dans la transition à la vie adulte. La continuité des services jusqu'à 25 ans doit être assurée.

- Création de deux ressources intermédiaires pour répondre aux besoins des jeunes en transition vers l'âge adulte;
- Démarches pour l'officialisation d'ententes avec des organismes communautaires pour fournir des services aux jeunes de 18 ans et plus.

Respecter et promouvoir les droits des Enfants.

- Analyse et révision du processus d'intervention auprès des jeunes et de leurs familles pour faire en sorte ils fassent partie intégrante de chaque étape du processus de planification.
- Sensibilité accrue portée sur la transmission de l'information concernant leurs droits et leurs responsabilités en vertu de la loi. Plus que jamais, les familles et les jeunes sont partenaires de leur bien-être.
- Conformément aux recommandations de la Commission Laurent, tout est mis en œuvre pour garantir la participation des enfants dans toutes les décisions qui les concernent.

CENTRES DE RECHERCHE, MISSION UNIVERSITAIRE ET INNOVATION

Centre de recherche Douglas

Le développement des priorités :

1. *La santé mentale numérique*
 - Élaboration d'une vision de santé mentale numérique en partenariat étroit avec plusieurs directions du CIUSSS;

- Obtention d'un financement du Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS) pour développer les capacités en IA et en science des données.
- 2. *La science ouverte*
 - Mise en place d'une politique de libre accès;
 - Publication des principes en science ouverte du Centre de recherche Douglas;
 - Sécurisation d'un financement pérenne pour soutenir ces activités.
- 3. *La formation et la mobilisation des connaissances*
 - Co-fondation du Consortium TREMPIN McGill, soutenu par le FRQS, pour offrir des formations avancées;
 - Création du Studio et des ateliers VIVA, destinés à la mobilisation des connaissances en santé mentale.
- 4. *Les partenariats avec l'industrie*
 - Obtention du financement de CATALIS afin de développer le nouveau Programme d'études cliniques en psychiatrie en mode accéléré;
 - Conclusion de deux ententes avec des entreprises innovantes dans le cadre du Beachhead Collective MIND.

Rayonnement

- Pour la 12^e année consécutive, le Douglas se classe dans le top 40 des hôpitaux de recherche canadiens;
- Deux des plateformes de recherche, le Centre d'imagerie cérébrale et la plateforme M3, reçoivent un important financement de Cerveaux en santé, vies en santé;
- D^{re} Outi Linnaranta mène une étude misant sur les outils culturellement adaptés pour intervenir en santé mentale auprès des populations autochtones du Québec;
- Les D^{rs} Michael Meaney et Gustavo Turecki sont à nouveau parmi le 1 % de chercheurs les plus cités au monde dans leur champ d'étude, selon Clarivate.

Statistiques

- 67 chercheurs principaux;
- 6 nouveaux chercheurs;
- 7 chaires de recherche du Canada;
- 181 étudiants en formation;
- 381 publications scientifiques;
- 24 M \$ subventions de recherche;
- 95 événements scientifiques;
- 40 prix et distinctions.

Centre de recherche St. Mary

Investir dans la découverte

D^{rs}. Ari Meguerditchian, Sylvie Lambert, Jeannie Haggerty, Mark Yaffe et Julia Chabot ont obtenu du financement afin de mener des projets s'alignant parfaitement avec la recherche centrée sur le patient :

- Impact de la COVID-19 sur la lutte contre le cancer et les soins;
- Résultats rapportés par les patients en oncologie;
- Détection de la maltraitance des personnes âgées;
- Interventions musicales en milieu gériatrique.

Chercheurs hors les murs

- Lancement de « La récidence » coécrit par le Dr Ari Meguerditchian, directeur scientifique du Centre de recherche St. Mary (CRSM) et Marie-Ève Morasse, journaliste à La Presse. Le livre juxtapose les perspectives du patient et du médecin sur le cancer;
- Nomination de D^{re} Sylvie Lambert à titre de Conseillère scientifique au comité directeur de l'Observatoire québécois de la proche aide et Directrice associée de la recherche à l'École des sciences infirmières Ingram (McGill).

Partenariats pour de meilleurs soins

Le CRSM s'associe au groupe McPeak-Sirois. Ce partenariat permettra aux chercheurs cliniciens sous la direction du Dr Adrian Langleben, d'élargir l'offre d'essais cliniques et de mettre à disposition des options de traitement de pointe.

Communiquer avec les partenaires et la communauté

Grâce à l'ajout d'effectifs, le CRSM a pu optimiser les communications et offrir un contenu enrichi:

- Migration du site Web vers la plateforme du CIUSSS;
- Création d'une nouvelle identité visuelle;
- Reformatage du bulletin mensuel.

Statistiques

- 3 scientifiques principaux;
- 23 cliniciens chercheurs;
- 2 chaires de recherche;
- 25 essais cliniques actifs;
- 28 publications scientifiques;
- 31 présentations scientifiques;
- 15 événements liés au transfert du savoir;
- 7 subventions de recherche.

Actualisation du « U » de notre CIUSSS,

L'actualisation du « U » de notre CIUSSS, une priorité tant pour l'enseignement et son potentiel sur les facteurs de rétention et d'attraction, que sur la recherche et son potentiel sur l'excellence de l'expérience patient et la qualité des soins et services actuels et futurs.

Le transfert des connaissances

Le CIUSSS s'active à développer des opportunités d'apprentissages, tel que par le développement d'unités d'enseignement en médecine familiale dans un nombre toujours grandissant de GMF et GMF-U sur notre territoire, par le déploiement d'innovations telle que la clinique d'accès rapide implantée au Lakeshore, ou par l'amélioration des environnements d'apprentissages résultant de nos projets majeurs d'infrastructures.

Une augmentation des stages universitaires et médicaux a été observée, en dépit de deux années marquées par la crise sanitaire et le délestage de plusieurs activités cliniques, témoignant de notre engagement à la mission universitaire et de notre volonté de contribuer à la relève. Ces résultats font écho au maintien des relations stratégiques et liens de proximité avec les maisons d'enseignement malgré les vagues successives de COVID-19.

Le tableau ci-après démontre l'accroissement du nombre de stages

	2021-2022	2020-2021
Nombre de stagiaires universitaires	560	541
Nombre de résidents et <i>Fellows</i>	1288	1185
Nombre d'étudiants en médecine	337	367
Nombre de stagiaires non universitaires	2020	1495
Nombre de superviseurs de stages non universitaires	114	108
Nombre de superviseurs de stages universitaires	472	463

Au niveau du transfert des connaissances, nous pouvons souligner ces principaux faits saillants :

- L'actualisation de l'offre de service pour clarifier le soutien qui pourra être déployé au sein de l'établissement;
- Le développement d'une plateforme permettant la conception, l'enregistrement et l'édition de courts vidéos sur différents sujets d'intérêt scientifique
- L'accompagnement et le rôle conseil dans la mise en œuvre des formations sur les troubles alimentaires visant le grand public.

Plusieurs projets innovants ont été conduits tels que :

- L'implantation d'un Sharepoint en télésanté permettant aux médecins, intervenants et employés de trouver au même endroit toute l'information et soutien nécessaire en lien avec la modalité de télésanté;
- Le Projet Contact visant la communication sociale et ce à travers des formations et des capsules vidéo explicatives pour les usagers et leurs familles ainsi que le Douglas virtuel en collaboration avec la Direction des programmes de santé mentale et dépendances. Il s'agit là d'un rôle conseil de la DAUER dans la conception du modèle du site web et de son contenu.

Par ailleurs, la DAUER collabore étroitement avec le centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur un projet visant à développer un matériel d'enseignement et de sensibilisation sur certains aspects de santé mentale dans les pays des caraïbes.

Soutien et encadrement à la recherche

Au niveau du soutien et de l'encadrement à la recherche, l'année 2021-2022 a été ponctuée par la mise en place d'une structure pour implanter le cadre réglementaire en lien avec la recherche. Ce qui s'est traduit par le déploiement de nouvelles règles de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche, d'un calendrier de conservation de la recherche ainsi que d'une politique en conduite responsable.

En outre, le cadre réglementaire a généré la mise en place d'une procédure d'identification des participants de recherche à des fins de protection, d'un mécanisme de vigie du comité d'éthique de la recherche et de lignes directrices pour la création et la gestion des banques.

Autres faits marquants, la fusion des deux comités d'éthique de la recherche, la réorganisation de la composition des sous-comités du comité d'éthique de la recherche ainsi que la programmation et le déploiement de Nagano.

Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux

Au niveau de l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISS), l'année 2021-2022 a été ponctuée par un travail d'envergure conduit en collaboration avec le CIUSSS de la Capitale-

Nationale pour l'adaptation du premier guide de pratiques en santé mentale du National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Sous le titre Trouble d'anxiété sociale : identification, évaluation et traitement, ce premier guide a été déposé au MSSS.

En outre, l'Unité de l'ETMISS a produit une réponse rapide sur l'Ivermectine et publié deux articles scientifiques et contribué au rayonnement de l'établissement à travers la Communauté provinciale de pratiques des ETMISS en santé mentale; la collaboration aux activités de la Communauté provinciale de pratique de ETMI Services sociaux-santé mentale. L'unité de l'ETMISS a aussi collaboré avec le MSSS, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et les membres du PQPTM au transfert de connaissances de la pratique d'autosoins en santé mentale.

LES AÎNÉS, PARTENAIRES DE LEURS SOINS

Apport de l'équipe SWAT en RPA

L'équipe SWAT est un projet collaboratif interdirection impliquant les Directions des services professionnels (DSP), des soins infirmiers (DSI), et du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Il est coordonné par la DSAPA.

Une équipe est composée de 2 gériatres, d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et d'intervenants en soutien à domicile. Le but du SWAT est d'intervenir rapidement et précocement en début d'éclosion dans les ressources privées (RPA, OSBL personnes âgées, RI personnes âgées, CHSLD privés) pour :

- Évaluer les clients à risque;
- Assurer la vigie des symptômes;
- Administrer les traitements requis;
- Assurer l'accès à des services alternatifs pour les résidents, comme le site non traditionnel (SNT) ou la Clinique Accès Rapide et ce pour prévenir autant que possible un transfert vers l'urgence de l'hôpital.

Lors de la 5^e vague, l'équipe SWAT a effectué plus de 100 visites en deux mois et a permis :

- Un suivi par une équipe clinique spécialisée dans leur milieu de vie pour les résidents ayant la COVID;
- D'éviter les transferts à l'urgence.

Approche adaptée à la personne âgée : Programme Stop fragilité aux aînés!

Le déconditionnement en milieu hospitalier est un problème bien connu qui retarde souvent le retour en milieu de vie des personnes âgées hospitalisées. Les usagers admis à l'unité de médecine-chirurgie ont souvent un profil gériatrique avec comorbidités multiples et présentent un risque de déconditionnement important. Les études démontrent que l'exercice aérobique peut limiter les effets de la fragilité globale et diminuer la durée d'hospitalisation.

Lancé en mai 2021, le programme Stop fragilité aux aînés! du CIUSSS ODIM permet d'intervenir sur le déconditionnement des patients âgés. Pour ce faire, le service en réadaptation interne de l'Hôpital de LaSalle a acquis deux appareils NuStep pour un entraînement complet du corps (cardio et force).

Les nouveaux appareils permettent aux usagers âgés qui ont été admis suite à un déséquilibre, mais qui ne présentent pas de risque de chute de s'entraîner, diminuant ainsi le risque de déconditionnement et ainsi que la durée d'hospitalisation.

Bientraitance

La bientraitance. Une approche que la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) fait sienne dans les huit centres d'hébergement publics du territoire. Elle se fonde notamment sur la place centrale accordée à cette clientèle dans la prestation de soins et services, en accord avec ses besoins et ses préférences. Le respect de la dignité, le bien-être, l'estime de soi, l'inclusion sociale et la sécurité figurent au nombre des axes autour desquels s'articule la bientraitance, sans toutefois s'y limiter.

Outre les bonnes pratiques adoptées au quotidien, diverses activités spéciales ont mis l'accent sur la sensibilisation à la bientraitance au sein des centres d'hébergement :

Octobre 2021

- Dévoilement et installation d'une bannière « Bonjour la bientraitance. Bienvenue chez nous! » dans les huit CHSLD, lors de la Journée internationale des personnes âgées, le 1^{er} octobre;
- Kiosques d'information;
- Port d'autocollants;
- Distribution de napperons avec messages clés;
- Questionnaire sur les principes de la bientraitance/maltraitance;
- Vignettes de discussion sous la forme de mises en situation, afin d'identifier des pistes d'amélioration.

Mars 2022

- Dîner spécial;
- Rappel des meilleures pratiques lors d'une activité repas;
- Distribution de t-shirts « Bientraitance »;
- Moments et gestes privilégiés à l'égard des résidents.

Déconditionnement

Des actions préventives et de traitement du déconditionnement (APTD) ont été mises en œuvre dans les différents milieux, SAD, CHSLD, RI, RPA afin de prévenir la perte d'autonomie et le déclin fonctionnel des aînés en contexte de pandémie et de confinement. Bien que développée pendant la pandémie, la prévention du déconditionnement demeure une priorité du MSSS.

Les équipes de déploiement du CIUSSS ODIM ont mise en place de nombreuses initiatives et nouvelles pratiques. Soulignons :

- Des outils d'information et de sensibilisation qui sont maintenant disponibles sur le site [web du CIUSSS](#), pour la population du territoire;
- L'ajout de kinésiologues aux équipes dédiées au déconditionnement dans les milieux de vie RPA et RI-RTF.

Ces actions ont eu plusieurs retombées positives pour les aînés du territoire, dont :

- Le maintien de l'autonomie;
- Le maintien à domicile;
- L'amélioration de la qualité de vie;
- La diminution des effets néfastes du déconditionnement, qui peuvent mener à des pertes permanentes, à l'augmentation de la dépendance et des besoins en soins et services (SAD, CH et CHSLD);
- L'allègement de la dépendance envers les proches aidants.

Conversion de 25 lits réguliers en lits prothétiques au CHSLD Nazaire-Piché

Depuis les dernières années, il y a eu augmentation des personnes présentant des déficits cognitifs sévères ou modérés. Les statistiques projettent une croissance exponentielle de cette clientèle dans les milieux.

Le nombre de lits adapté à cette clientèle est limité, ce qui se traduit par une plus longue attente d'un lit d'hébergement. Afin de pouvoir répondre à ce besoin, un micromilieu adapté à la clientèle présentant des déficits cognitifs sévères ou modérés a été créé l'été dernier au CHSLD Nazaire-Piché. Au total, 25 lits réguliers ont été transformés pour créer ce micromilieu. D'autres projets similaires sont en cours, l'objectif étant d'accroître l'accès aux milieux adaptés et de répondre aux besoins de la population.

Pour la clientèle visée, cette nouveauté signifie :

- Une diminution de l'attente d'un lit d'hébergement;
- Un milieu de vie adapté et sécuritaire.

LUTTE À LA PANDÉMIE; NOUS SOMMES PRÊTS

Dépistage

Dès le début de la pandémie, quatre sites de dépistage fixes et permanents ont été déployés sur le territoire. Le tableau ci-dessous montre la capacité quotidienne estimée de chacun des sites, le nombre moyen de dépistages effectués durant la 6^e vague en décembre 2021, ainsi que le nombre record de dépistages en une journée.

Site	Capacité estimée	Moyenne décembre	Journée record	Nombre record / Capacité estimé	Total annuel
Ex-hôpital Lachine	400	674	1 001	250 %	75 662
Centre RioCan Kirkland	1 000	1 151	1 516	152 %	169 795
Centre communautaire Gerry-Robertson	270	183	351	130 %	7 175
Institut universitaire en santé mentale Douglas	450	693	803	178 %	59 198
Total :	2 120	2 701	3 671	173 %	311 830

Durant la période des fêtes, les équipes du dépistage populationnel se sont surpassées, spécialement au sommet de la 6^e vague. Le personnel a fait preuve d'une grande capacité d'adaptation. Ces mêmes équipes ont également prêté main forte à l'équipe SAPA pour le dépistage des résidents en CHSLD.

Une équipe mobile était toujours prête pour répondre à l'appel en cas d'éclosions dans les entreprises et les écoles.

En février 2022, le service de dépistage rapide pour les employés est déployé en centres hospitaliers avec l'instauration des tests rapides ID NOW. Ce service complémentaire aux cliniques de dépistage a pour but principal de garder des employés en poste et de minimiser les éclosions dans les centres hospitaliers.

Malgré le manque d'effectif chronique, la grande mobilisation des équipes a assuré le succès de cette grande campagne de dépistage, en s'adaptant aux changements de mandats du ministère et aux différents types de tests.

Vaccination :

La campagne de vaccination du CIUSSS ODIM a été jalonnée de succès. Les équipes ont fait preuve d'une grande agilité pour faciliter l'accès à la vaccination pour tous :

Offre de service sur les sites populationnels

Au départ, le CIUSSS met à la disposition de la population de son territoire cinq cliniques de vaccination, ouvertes 7 jours sur 7, avec ou sans rendez-vous. Aujourd'hui, deux sites demeurent, avec une capacité de 1200 vaccins par jour, soit Centre communautaire de Gerry-Robertson et le Centre sportif Dollard-St-Laurent.

Les sites de vaccination offrent un service qui s'adapte à la clientèle pour optimiser le succès de ce grand effort collectif :

- Avec zoothérapie au besoin;
- Aménagé pour la population 5-11 ans : horaire réservé, zoothérapie, soutien motivationnel et activité de coloriage ou BD pour la période d'attente de 15 minutes.
- Espaces dédiés pour accueillir les personnes hésitantes;

- Adapté à la clientèle anxieuse : aromathérapie, salle de détente, plage horaire plus longue pour prendre le temps de discuter et de permettre aux infirmières de faire un entretien motivationnel;
- Gestion et réduction des files d'attente grâce à la fonction d'impression des coupons sans rendez-vous pour étaler l'achalandage dans le temps, et sur plusieurs sites au besoin.

Clinique de vaccination à l'auto

Le CIUSSS ODIM a innové en déployant une clinique de vaccination populationnelle à l'auto, une première au Québec. Cette initiative, rendue possible grâce à un partenariat avec la Cité de Dorval et l'Aéroport international Pierre-Elliott-Trudeau de Montréal, a permis d'offrir à la population un accès facile à la vaccination.

La clinique était installée dans un stationnement de l'aéroport où de nombreuses tentes permettaient aux membres du personnel en action de procéder à l'inscription, à l'évaluation et à la vaccination des citoyens à l'abri des intempéries. La capacité quotidienne d'administration de doses vaccinales était fixée à 4 000.

La clinique de vaccination à l'auto a eu de multiples impacts positifs sur la communauté desservie par le CIUSSS ODIM :

- Une distanciation physique naturelle qui minimise les risques de transmission du virus ;
- La réduction des opportunités de contact avec des surfaces ;
- Une efficacité accrue grâce au regroupement d'activités cliniques au même poste et en vaccinant plus d'un patient par véhicule ;
- Une accessibilité facilitée pour les personnes à mobilité réduite, les personnes âgées et les familles ;
- Un environnement familial pour les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme;
- L'atteinte d'un volume de vaccination important sur un seul site ;
- Le confort des personnes durant le processus.

Tableau 1. Nombre de doses administrées dans les sites de vaccination populationnels

La date de début des activités -2021-04-01, date de fin des activités - 2022-03-31.

Sites de vaccination populationnels	1 dose	2 dose	3 dose	Autres doses	Total
Centre Sportif Dollard-St-Laurent - Arena LaSalle	57149	78116	55466	2519	193250
Centre Communautaire Gerry-Robertson	39452	50379	31822	1930	123583
Arena Bob Birnie	34699	53039	23434	624	111796
Centre Civique DDO (Vaccination)	27066	30362	15776	243	73447
Vaccination à l'auto (Aéroports YUL)	19322	29637	87	269	49315
Institut universitaire en santé mentale Douglas	2655	4248	2167	46	9116
Total	180343	245781	128752	5631	560507
Total, %	32,2%	43,8%	23,0%	1,0%	100,0%

Initiative VacciVAN en partenariat avec le groupe Jean- Coutu

- Le projet VacciVAN s'est fait en collaboration entre les CIUSSS du Nord, du Centre-Ouest et de l'Ouest et les bannières Jean- Coutu et Brunet durant l'été 2021. L'objectif de ce projet était de donner un accès équitable à la vaccination COVID-19 à tous les résidents des quartiers défavorisés.
- La tenue de 7 cliniques de vaccination mobiles sur le territoire a permis de distribuer 350 doses parmi des clientèles complexes (sans domicile fixe, sans papier d'identification ou au statut illégal au pays) qui ne se seraient probablement jamais rendues dans des cliniques de vaccination traditionnelles.

Cliniques mobiles et éphémères (HLM, OBNL, vaccinations milieux communautaires)

- Déploiement de 70 cliniques éphémères dont l'objectif est de rendre le vaccin accessible dans des lieux déjà connus par les résidents des quartiers, et qui permettent de rejoindre les gens qui ne peuvent se rendre dans les cliniques de vaccination traditionnelle.
- Mise en place d'une halte-chaud sur le territoire, en collaboration avec l'organisme Action Jeunesse de l'Ouest-de-l'Île, afin d'offrir la vaccination à des personnes itinérantes

Tableau 2. Nombre de doses administrées dans les cliniques mobiles et éphémères (inclut 83 lieux de vaccination)*La date de début des activités -2021-04-01, date de fin des activités - 2022-03-31.*

Cliniques mobiles et éphémères	1 dose	2 dose	3 dose	Autres doses	Total
Total	4837	5379	4893	51	15160
Total, %	31,9%	35,5%	32,3%	0,3%	100,0%

Activités de vaccination au CF Fairview Pointe-Claire

Du 20 au 31 août, pour faciliter une rentrée scolaire en santé, une clinique de vaccination temporaire a été installée au centre commercial CF Fairview Pointe-Claire.

Une équipe composée d'infirmières en entretien motivationnel, d'infirmières d'expérience et d'intervenants (brigade) est allée à la rencontre de la population. Les intervenants (identifiés aux couleurs du CIUSSS-ODIM) se sont promenés à travers le centre d'achat et aux abords du terminal d'autobus pour annoncer la présence de la clinique, sensibiliser et inviter la population à s'informer et se faire vacciner.

La clinique qui pouvait accueillir jusqu'à 20 personnes à la fois, permettait aux familles d'ajouter un arrêt vaccin à leur journée de magasinage pour la rentrée scolaire. C'est dans un environnement décontracté et rassurant pour les jeunes et leur famille que des infirmières répondaient aux questions et apportaient des solutions pour ceux et celles pour qui la vaccination est synonyme d'anxiété.

Tableau 3. Nombre de doses administrées dans le cadre des activités de vaccination CR Fairview Pointe Claire*La date de début des activités -2021-08-20, date de fin des activités - 2021-08-31.*

Activités de vaccination – CR Fairview Pointe Claire	1 dose	2 dose	Autres doses	Total
Total	344	281	42	667
Total, %	51,6%	42,1%	6,3%	100,0%

Activités de vaccinations écoles primaires (5-11 ans) et secondaires (12-17 ans) : Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys et LBPSB + écoles privées

Le CIUSSS ODIM tient à souligner la collaboration extraordinaire de la part des établissements scolaires du territoire pour la vaccination des 5-11 ans et des 12-17 ans, qui a facilité le travail de toutes les équipes et intervenants.

Encore une fois, les équipes ont renouvelé leur engagement en adaptant les services et les espaces. Communication simplifiée, bandes dessinées, création d'un superhéros, aucun effort n'a été ménagé pour que chaque jeune puisse recevoir ses doses de vaccin. Les écoles primaires et secondaires du territoire ont toutes été visitées.

Tableau 4. Nombre de doses administrées dans le cadre des activités de vaccination dans les écoles primaires et secondaires - CSMB, LBPSB, écoles privées (inclut 99 lieux de vaccination)*La date de début des activités -2021-06-08, date de fin des activités - 2022-02-16.*

Écoles primaires et secondaires	1 dose	2 dose	Autres doses	Total
5-11 ans	5638	3723		9361
12-17 ans	2258	1037	1	3296
Total	7896	4760	1	12657
Total, %	62,4%	37,6%	0,0%	100,0%

Vaccination des personnes vulnérables en CHSLD privés, publics et RPA

Tous les milieux de vie des personnes âgées ont été visités pour offrir la vaccination aux aînés sur place. À trois reprises, les équipes mobiles se sont déplacées dans :

- 8 CHSLD publics
- 10 CHSLD privés
- 56 RPA
- 10 RPA-OBNL
- 17 HLMs

Tableau 5. Nombre de doses administrées dans le cadre des activités de vaccination dans les CHSLD privés et publics

La date de début des activités -2021-04-01, date de fin des activités - 2022-03-31.

CHSLD privés et publics	1 dose	2 dose	3 dose	Autres doses	Total
Hôpital Sainte-Anne	1314	5907	2189	248	9658
Centre d'hébergement de Lachine	43	287	340	138	808
Centre de soins prolongés Grace Dart	28	181	282		491
Centre d'hébergement de LaSalle	9	207	259		475
Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger	10	144	207		361
Centre d'hébergement de Dorval	8	137	164	28	337
Centre d'hébergement Nazaïre-Piché	4	126	171		301
CHSLD Vigi DDO	7	137	136		280
CHSLD Bayview	5	128	110		243
CHSLD Manoir de l'Ouest de l'île	21	78	80		179
Unité Hébergement Hôpital LaSalle	2	61	87		150
CHSLD Vigi Pierrefonds	6	60	59		125
CHSLD Château sur le lac	1	36	28		65
CHSLD Manoir Beaconsfield	5	32	22		59
Unité de vie santé mentale - Ex-Lachine		31	27		58
CHSLD Bussey	3	34	20		57
Total	1466	7586	4181	414	13647
Total, %	10,7%	55,6%	30,6%	3,0%	100,0%

Tableau 6. Nombre de doses administrées dans le cadre des activités de vaccination dans les RPA (inclut 56 lieux de vaccination)

La date de début des activités -2021-04-06, date de fin des activités - 2022-02-11.

RPA	1 dose	2 dose	3 dose	Total
Total	202	5524	4748	10474
Total, %	1,9%	52,7%	45,3%	100,0%

Activités de vaccination en entreprises

Sur le territoire, Aéroport de Montréal, Bombardier, Air Canada et Biron ont répondu à l'appel d'unir les forces en créant des pôles de vaccination en entreprise pour vacciner non seulement leurs employés et leurs familles, mais également la population du territoire.

Deux sites de vaccination ont été mis en place, entièrement organisés par ces compagnies (consortium YUL). Le CIUSSS ODIM assure l'approvisionnement en vaccins et fournitures, en conseils pour leur site et en assurance qualité. Le consortium s'est chargé de l'embauche du personnel qui a vacciné après avoir suivi les formations requises par le gouvernement.

D'autres entreprises ont également suivi le mouvement pour vacciner leurs employés.

Tableau 7. Nombre de doses administrées dans le cadre des activités de vaccination par les entreprises

La date de début des activités -2021-04-01, date de fin des activités - 2022-03-31.

Entreprises	1 dose	2 dose
MDA Corporation	614	2
Air Canada	309	1
Kruger		
Medicom	54	
ABB	333	1
Fuel transport	12	
YUL Bombardier	14611	5946
YUL ADM (975 Blvd Roméo Vachon)	7480	947
Total	23413	6897

L'Ouest-de-l'Île, une communauté tissée serrée

Le succès de la campagne de vaccination réside en la collaboration construite avec tous les partenaires et la personnalisation réussie du service à la clientèle. Sous le leadership du CIUSSS, la campagne de vaccination s'est orchestrée sur le territoire en multipliant les efforts, sans en diminuer la qualité du service.

- Communication régulière et assidue avec les élus du territoire
- Partenariat avec les villes pour les sites de vaccination. Les liens créés avec les équipes des arrondissements, des villes et avec les élus ont été essentiels et se sont consolidés à travers cette lutte contre la montre pour vacciner nos concitoyens.
- De nombreux commerces partenaires ont soutenu les efforts en affichant des messages de prévention et contrôle des infections, mais également en diffusant des liens pour prendre rendez-vous pour la vaccination. La communauté d'affaires de l'Ouest-de-l'Île est vraiment soudée et cette mise en commun des efforts est névralgique au maintien de sa population en santé.
- Organismes communautaires, partenaires de la vaccination. Sur le terrain, les équipes peuvent compter sur des organismes communautaires bien ancrés dans les communautés. Des kilomètres ont été parcourus ensemble pour protéger les résidents et leur donner l'information juste pour un consentement éclairé à la vaccination. Les organismes communautaires sont de toutes les activités de vaccination.

La prévention et le contrôle des infections, un pilier des soins sécuritaires

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, les partenaires en prévention et contrôle des infections (PCI) parcourent toutes les installations du CIUSSS ODIM dans le but de valider les bonnes pratiques en la matière. Ils jouent un rôle déterminant auprès des employés et médecins, pour que ceux-ci atteignent de hauts taux de conformité en regard aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains. Ils s'assurent également de former le personnel sur d'autres démarches de prévention, comme les meilleures méthodes pour enfiler et retirer l'équipement de protection individuelle (EPI).

Le Service de la performance de la Direction adjointe qualité, performance et expérience client a développé d'un outil de saisie et de suivi pour les audits de l'hygiène des mains pour les partenaires PCI. Cet outil, permet de visualiser les données sous forme de tableau de bord, et d'assurer la sécurité des milieux de soins pour les usagers et les employés du CIUSSS ODIM.







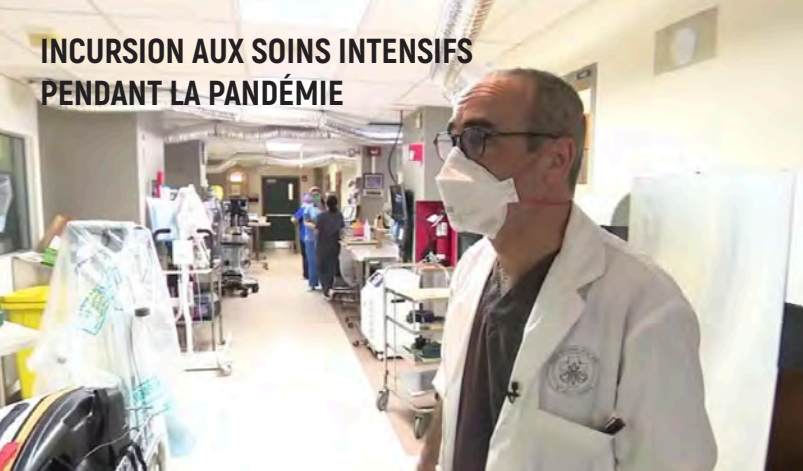


L'ACTIVITÉ DU REPAS : UN MOMENT SOUS LE SIGNE DE LA BIENTRAITANCE



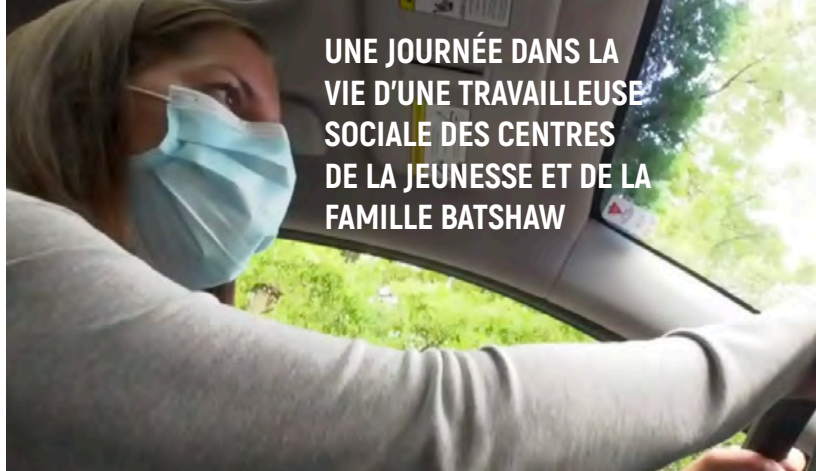
LIETTE DESJARDINS, INFIRMIÈRE CLINICIENNE, RÉCIPIENDAIRE DU PRIX EXCELLENCE DES SOINS DE L'ÉDITION 2021 DES PRIX FLORENCE DÉCERNÉS PAR L'OIIQ

**INCURSION AUX SOINS INTENSIFS
PENDANT LA PANDÉMIE**



D^r HUGO VILADEVALL, INTENSIVISTE AU CENTRE HOSPITALIER
DE ST. MARY, [TVA – 24 JANVIER 2021](#)

**UNE JOURNÉE DANS LA
VIE D'UNE TRAVAILLEUSE
SOCIALE DES CENTRES
DE LA JEUNESSE ET DE LA
FAMILLE BATSHAW**



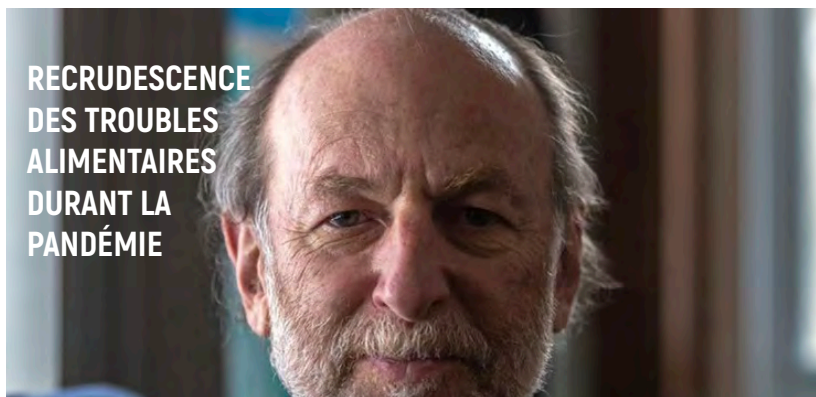
ZOE HURTADO, TRAVAILLEUSE SOCIALE,
[CTV NEWS – 9 AOÛT 2021](#)

**CLINIQUE D'ACCÈS
RAPIDE : UNE SOLUTION
PROMETTEUSE AUX
DÉBORDEMENTS DES
URGENCES**



NOUVELLE APPROCHE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE
[TVA – 9 NOVEMBRE 2021](#)

**RECRUDESCENCE
DES TROUBLES
ALIMENTAIRES
DURANT LA
PANDÉMIE**



D^r HOWARD STEIGER, CHEF DU PROGRAMME DES TROUBLES
DE L'ALIMENTATION, [MONTREAL GAZETTE – 4 FÉVRIER 2022](#)

**SANTA FRANK :
LE VÉRITABLE PÈRE NOËL
DEPUIS PRESQUE 40 ANS**



FRANK CAMPANILE, COMMIS AUX ARCHIVES, CENTRES DE LA JEUNESSE ET DE LA FAMILLE BATSHAW, [URBANIA – 17 DÉCEMBRE 2021](#)

**UN HANDICAP QUI NE PEUT FREINER LA
VOLONTÉ D'UNE URGENTOLOGUE**



D^r VANESSA KNIGHT, URGENTOLOGUE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL
DU LAKESHORE, [TVA – 28 OCTOBRE 2021](#)

**L'ANXIÉTÉ DEMEURE, MÊME APRÈS
LA LEVÉE DES RESTRICTIONS**



D^r ROB WHITLEY, PSYCHIATRE, GROUPE D'INTÉRÊT DE RECHERCHE
SUR LA PSYCHIATRIE SOCIALE, [MONTREAL GAZETTE – 11 MARS 2022](#)

**DES RETRAITÉS FIERS DE
S'IMPLIQUER DANS L'EFFORT
DE VACCINATION**

CENTRE DE VACCINATION À L'ARÉNA BOB-BIRNIE,
TVA – 6 SEPTEMBRE 2021

**UNE PILULE POUR
GUÉRIR LES PEINES
D'AMOUR**

D^r ALAIN BRUNET, PSYCHIATRE, [L'AVENIR NOUS APPARTIENT](#),
TÉLÉQUÉBEC – MARS 2022

**CÉRÉMONIE COMMÉMORATIVE
EN HOMMAGE AUX VÉTÉRANS**

HÔPITAL SAINTE-ANNE, [GLOBAL NEWS](#) – 5 NOVEMBRE 2021

**TROUBLES ALIMENTAIRES EN HAUSSE
DEPUIS LA PANDÉMIE**

D^{re} MIMI ISRAËL, PSYCHIATRE, CONTINUUM DES
TROUBLES DE L'ALIMENTATION, [TVA](#) – 8 FÉVRIER 2022

**PRIX DE LA
FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES DU
QUÉBEC 2021**

D^r MARC-YVON ARSENAULT, OBSTÉTRICIEN GYNÉCOLOGUE,
RÉCIPIENDAIRE DU [PRIX D'EXCELLENCE EN DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU](#), NOVEMBRE 2021

**ABUS DES AINÉS :
COMMENT
INTERVENIR?**

MARTINE DAIGNEAULT, DIRECTRICE ADJOINTE À LA
DIRECTION DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES
ÂGÉES, [JOURNAL MÉTRO](#) – 18 JANVIER 2022

**LE GESTE UTILE
ET COURAGEUX DE
CAREY PRICE**

D^r GUSTAVO TURECKI, DIRECTEUR SCIENTIFIQUE DU
CENTRE DE RECHERCHE DOUGLAS ET CHEF DE LA
PSYCHIATRIE, [LA PRESSE](#) – 8 OCTOBRE 2021

SECTION 4 – LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ (EGI)

Tableau : Résultats des engagements annuels

Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille	75,61 %	74,12 %	84 %
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	195 708	202 401	214 536
<i>Commentaires :</i> - Le développement de nouveaux GMF (notamment Sainte-Anne en juillet 2022) sur le territoire du CIUSSS ODIM contribuera à l'augmentation du pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille. - Le développement d'un GMF-U de l'Ouest-de-l'Île avec la phase #1 d'une Clinique de médecine de famille à Hôpital général du Lakeshore. <i>Stratégies :</i> - Assurer le recrutement des professionnels en alignement avec leur niveau de désignation.			
Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	141 minutes	190 minutes	134 minutes
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	19,99 heures	21,86 heures	17,3 heures
<i>Commentaires :</i> - Difficulté à avoir accès aux lits d'hospitalisation; la durée moyenne d'hospitalisation a passé de 27.64 h à 31.25 h (42.22 h à l'Hôpital général du Lakeshore) explicable par l'augmentation de l'achalandage à l'urgence, la fermeture de lits combinés et à une reprise des activités opératoires. - Augmentation de la durée moyenne de séjour non hospitalisée de 15.34 h à 16.29 h attribuable à l'augmentation de l'achalandage. Les visites totales ont passé de 89 812 visites à 102 194. - Pour les délais à l'ambulatoire, l'augmentation de l'achalandage a été plus marquée dans ce secteur à 18,7 % d'augmentation, passant de 56 707 visites à 67 363. - La pression sur les ressources humaines peut aussi en partie expliquer la détérioration des indicateurs car les urgences ont travaillé avec des déficits de personnel important. <i>Stratégies:</i> - Planification précoce des congés - Réorientation des visites avec les priorités P4-P5 - Acquisition d'une nouvelle application pour le Centre hospitalier de St. Mary - Mise en place d'un comité fluidité médical			

• Augmentation des ratios sur les unités • Recrutement par la Direction de ressources humaines • Évaluation de l'ajout des collaborateurs (Hôpital de LaSalle) • Optimisation de l'utilisation du Système d'information et de gestion des urgences (SIGDU) • Création de la Clinique d'accès rapide • Augmentation de l'offre de service aux accueils cliniques et ouvrir la possibilité d'orienter à partir de l'urgence. • Mise en place du Comité de soutien aux urgences. • Suivi des recommandations des équipes STAT (Soutien, transformation, accès, terrain) • Création de zones d'évaluation rapide (Hôpital de LaSalle)			
Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	424	351	396
<i>Commentaires</i> • En 2020-2021 nous avons réduit de plus de 50 % le nombre d'utilisateurs en attente par rapport au 31 mars 2019, soit un résultat nettement meilleur que la cible fixée. La nouvelle cible 2021-2022 a tout de même été fixée en dessous du résultat du 31 mars 2021.			
Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	652	548	1 492
<i>Commentaires</i> • Nous avons eu plusieurs échanges avec le MSSS sur la source et la validité des données antérieures, qui ont permis d'identifier la cible initiale. Des analyses subséquentes auront lieu afin de bien identifier les enjeux de données et, le cas échéant, apporter les correctifs nécessaires. • Tenir compte de l'impact de la COVID sur les activités de détection et services de proximité. Les nouvelles ressources ajoutées par le MSSS en 2018-2019 et 2019-2020 (4,8 ETC) permettent de déployer une offre de services de proximité 1^{re} ligne en dépendances, en continuité étroite des services des deux CRDS (Centre de répartition des demandes de services montréalais). • L'indicateur fait référence au nombre d'utilisateurs ayant reçu des services de dépendances; or l'unité de mesure comprend avant tout les utilisateurs ayant été détectés. La détection est effectuée en principe dans tous les services cliniques, particulièrement de mission CLSC, et dans tous les programmes. La méthode de saisie ne nous permet pas d'identifier les secteurs où la détection aurait diminué, et ainsi apporter les correctifs.			
Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois	1 245	1 326	625

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	439	383	150
<i>Commentaires</i> - La 5^e vague a eu pour conséquences de réduire les activités opératoires du 22 mai 2021 au 7 mars 2022. Nous avons dû réduire de 70 % pendant les 4 premières semaines de janvier pour un retour progressif par la suite. - Pendant cette période, nous avons priorisé les cas d'urgences, les cas de cancers, les cas prioritaires et les hors délai par la suite. - Plusieurs cas hors délai n'ont pu être faits en raison de la capacité hospitalière et de nos chirurgies demandant d'être admis. Stratégies : - Planification de 35 % de nos hors délai par programme opératoire - Monitoring et suivi de cet indicateur par période - Épuration de nos listes d'attente - Utilisation du circulaire du MSSS et envoi des lettres aux clients si nécessaire - Planification de poursuivre l'utilisation des Cliniques médicales spécialisées pour l'ophtalmologie afin de continuer à réduire les listes d'attente - Rencontre trimestrielle avec le MSSS - Révision du programme opératoire avec les médecins pour maximiser le taux d'occupation - Recrutement de personnel sur les postes vacants afin d'utiliser toutes nos salles d'opération. - Cible de réduire les hors délais de > 1an en bas de 250 pour début septembre 2022 - Redistribution des priorités opératoires en fonction des listes d'attente - Évaluation de certaines ententes avec d'autres CIUSSS qui ont historiquement eu des priorités chez nous - Redéploiement du Comité bloc opératoire CIUSSS pour suivre les bons indicateurs de performance			
Objectif : Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	624	611	644
<i>Commentaires</i> 2 appels d'offres lancés durant l'année pour des Ressources intermédiaires (12 places) n'ont pas eu de postulants. Nous retournons en appel d'offres sous peu. 1 appel d'offres dont l'ouverture était prévue avant la fin de l'année financière a eu un délai et il est présentement en cours (8 places). Ouverture prévue début juillet 2022. - Plusieurs ressources existantes, principalement des Ressources de type familial ont fermé durant l'année et le recrutement pour les remplacer pose des défis. Nous avons interpellé d'autres directions cliniques qui ont des Ressources de type familial pour nous aider au recrutement.			

Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	15 681	15 704	15 681
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	990 907	1 181 805	1 096 930
<i>Commentaires</i> - La cible a été atteinte pour l'indicateur <i>Nombre total d'heures de services de soutien à domicile</i> (1.03.05.05) avec 84 875 heures de plus, soit 7,73 % au-delà de l'engagement. - La cible a été atteinte pour l'indicateur <i>Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile</i> (1.03.05.06.) 3 postes à temps complet de travailleurs sociaux étaient vacants dans le programme-service de déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA). Ceux-ci sont maintenant comblés.			
Objectif : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt	N/A	441	194
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	23.64	45.81	28.66
<i>Commentaires</i> <i>Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse</i> Contexte et facteurs expliquant le résultat : - Pour combler les postes vacants et remplacements disponibles, nous avons fait face à des difficultés de recrutement de personnel qualifié. Très peu de candidatures viables nous parviennent lors d'affichage interne ou externe pour les postes vacants à l'Évaluation-orientation. Le bassin de candidatures possibles est particulièrement restreint pour notre établissement en raison de l'exigence de bilinguisme pour répondre aux besoins de notre clientèle anglophone. Par ailleurs, les conditions de travail en protection de la jeunesse complexifient le recrutement des professionnels bilingues qui sont hautement convoités dans tous les secteurs des services sociaux. Mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration - Mise en place d'un projet pilote de suivi des orientations par des spécialistes en activités cliniques (SAC, délégués sous l'article 32 de la Loi sur la protection de la jeunesse) en co-intervention avec des agents(es) de relations humaines (ARH, délégués sous l'art. 33 de la Loi sur la protection de la jeunesse) pour libérer les évaluateurs. - Collaboration avec nos partenaires des services de proximité pour la prise en charge rapide des demandes de services au programme Jeunes en difficulté et co-intervention lors des évaluations.			

- Collaboration avec un partenaire communautaire pour la réorientation des familles vers les services communautaires, lorsque celles-ci sont volontaires.
- Démarches en cours pour rehausser les placements de stagiaires avec l'appui de notre Direction des affaires universitaires, enseignement et recherche (DAUER), incluant la sollicitation de candidats provenant d'établissements universitaires hors province.
- Embauche de candidats (ARH et personnel de soutien) par l'entremise de la campagne « Je contribue ».
- Création d'un plan d'action avec des objectifs à court et à long terme pour l'embauche de professionnels pouvant prendre en charge les dossiers de protection de la jeunesse.

Mesures correctrices en développement :

- Projet de collaboration avec des intervenants en prêt de service (provenant du programme Jeunes en difficulté) pour réaliser des évaluations (dossiers d'exposition à la violence conjugale) et réorienter vers des services de proximité et un soutien du Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC).
- Mise en place d'un rôle d'agent de liaison LPJ (Loi sur la protection de la jeunesse) à la Chambre de la jeunesse pour représenter l'intervenant délégué à l'évaluation pour des audiences d'urgence (47 et 76.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse) suivant le modèle en place dans une autre Chambre de la jeunesse.
- Préparatifs en cours pour accueillir le soutien de l'équipe volante provinciale pour la réalisation d'un blitz d'évaluation (juin-juillet 2022).
- Analyse des rôles et responsabilités afin d'envisager une restructuration des équipes visant à permettre à d'autres titres d'emploi de réaliser les actes réservés à l'évaluation (en pairage avec des professionnels).
- Demande de soutien aux travailleurs sociaux et les infirmières des écoles afin qu'ils puissent intervenir dans les dossiers, pendant la période estivale.

Appréciation de l'évolution des résultats et information liée aux cibles nationales

- Cet indicateur n'est pas une mesure juste de la situation actuelle dans un contexte où la problématique des listes d'attente à l'évaluation s'est aggravée à la grandeur de la province. En effet, l'atteinte de l'engagement annuel et des cibles nationales requiert la résorption de la liste d'attente à l'évaluation. Pendant que nous travaillons à rattraper les arrérages, il nous sera impossible d'atteindre cette cible. Il faut d'ailleurs s'attendre à un écart encore plus significatif en 2022-2023, lorsque nous parviendrons à évaluer les signalements ayant déjà cumulé de longs délais d'accessibilité.

Objectif : Favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	NA	13	19

Commentaires

Les stratégies utilisées pour atteindre l'engagement de l'établissement :

- Assurer le recrutement des professionnels en alignement avec leur niveau de désignation.

Objectif : Améliorer la disponibilité du personnel			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	ND	5.76	3.8
Ratio de présence au travail	88.71	89.72	88.84
<i>Commentaires</i> <i>Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante :</i> - Une partie du dépassement de la cible s'explique par la présence de contrats en vigueur pour certains services spécifiques (ex. sécurité et entretien ménager). Un autre élément explicatif est relié à l'ouverture de sites temporaires en lien avec des activités reliées à la pandémie (vaccination et dépistage, incluant le site « à l'auto » situé à l'aéroport de Montréal). Un projet majeur visant la réduction de l'utilisation de la main d'œuvre indépendante est en cours (pour les régions 514-450), et les effets sont attendus pour l'exercice 2022-2023. <i>Ratio de présence au travail :</i> - L'atteinte de la cible est explicable en partie par la mise en place des mesures incitatives financières en contexte de pandémie pour favoriser la présence au travail. D'autres mesures, telles que celles reliées à l'initiative « Prendre soin » et les travaux des équipes de « Prévention » ont également permis l'atteinte de la cible. Différentes activités de reconnaissance du personnel ont aussi certainement eu un impact favorable à l'atteinte.			
Objectif : Augmenter la couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	NA	87.79	80
<i>Commentaires</i> Les stratégies utilisées pour atteindre l'engagement de l'établissement : - Ouverture des sites de vaccination à haut volume - Utilisation de la vaccination mobile pour être à proximité de la population la plus vulnérable - Mise en place de la zoothérapie - Promotion de la vaccination			

Légende

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

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

L'AGRÉMENT

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est une organisation agréée par Agrément Canada.

À la suite des visites d'Agrément Canada en novembre et décembre 2019 pour les séquences 1 et 2, le comité d'approbation du type d'agrément a revu, en date du 15 octobre 2021, les preuves soumises en guise de suivi à ces visites. À la suite de cet examen, il a été reconnu que le CIUSSS ODIM respecte les exigences en matière de suivi des pratiques organisationnelles requises, c'est-à-dire que le plan d'amélioration de la qualité et du rendement démontre une conformité satisfaisante. Cependant, lors du prochain cycle d'agrément, une attention particulière sera apportée au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables.

Les directions travaillent activement pour préparer la prochaine visite d'agrément du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal prévue en décembre 2022.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La consolidation d'une culture de sécurité est une priorité pour l'organisation.

LES ACTIONS

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

- Promotion du courriel générique gestiondesrisques.comtl@ssss.gouv.qc.ca;
- Assistance offerte aux directions de l'organisation en matière de déclaration, d'analyse et de divulgation des événements indésirables;
- Suivi régulier avec les gestionnaires quant à la qualité des déclarations, la réalisation des analyses ainsi que le partage des recommandations;
- Soutien technique lié à l'utilisation du logiciel SISSS aux ressources privées et privées conventionnées situées sur le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- Déploiement des activités lors de la *Semaine nationale de la sécurité des usagers*;
- Élaboration et diffusion des outils de gestion intégrée des risques;
- Maintien et mise à jour de la page intranet dédiée à la gestion des risques;
- Analyse des risques pour plusieurs projets organisationnels et certaines directions;
- Décentralisation de la saisie de la déclaration dans divers secteurs;
- Formation en gestion des risques, culture de sécurité, déclaration et divulgation des événements donnée virtuellement à plus de 357 personnes incluant des employés, gestionnaires et responsables de ressources résidentielles;
- Ateliers de sensibilisation à la *Table des cadres supérieurs* pour mettre à jour les risques organisationnels et améliorer le traitement et l'analyse des incidents/accidents dont les événements sentinelles;
- Élaboration de rapports par thématique spécifique parmi les incidents/accidents et diffusion auprès des équipes.

LES PRINCIPAUX RISQUES MIS EN ÉVIDENCE AU MOYEN DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE

En date du 31 mars 2022, les registres locaux des incidents et accidents du *Système d'Information sur la Sécurité des Soins et des Services* (SISSS) font état de 9521 événements indésirables déclarés en 2021-2022, ce qui représente une diminution de 12 % comparativement à l'année précédente en 2020-2021 (10 811 événements indésirables). Il faut toutefois noter que les données pour l'année 2020-2021 incluent l'ensemble des données saisies, tandis que les données pour 2021-2022 sont encore en évolution à la date de production du présent rapport.

Incidents

Il faut noter que 948 événements déclarés représentent des incidents, ce qui signifie que l'utilisateur n'a pas été atteint (10 % par rapport à l'ensemble des événements). Les trois principaux types d'incidents mis en évidence comprennent :

- 446 événements liés à la médication (47 % du nombre total des incidents et 5 % du nombre total des événements déclarés) ;
- 127 autres (13 % du nombre total des incidents et 1 % du nombre total des événements déclarés) et ;
- 106 événements liés aux traitements/interventions (11 % du nombre total des incidents et 1 % du nombre total des événements déclarés).

Principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Erreurs liées à la médication	446	47 %	5 %
Autres	127	13 %	1 %
Erreurs liées aux traitements/interventions	106	11 %	1 %

Source : SISSS, 31 mars 2022

Accidents

Il y a eu 7493 événements déclarés à titre d'accident, ce qui signifie que l'utilisateur a été atteint (79 % par rapport à l'ensemble des événements). Les trois principaux types d'accidents mis en évidence sont :

- 3767 chutes (50 % du nombre total des accidents et 40 % du nombre total des événements déclarés) ;
- 1388 événements liés à la médication (19 % du nombre total des accidents et 15 % du nombre total des événements déclarés) et ;
- 1317 autres (18 % du nombre total des accidents et 14 % du nombre total des événements déclarés). La catégorie « autres » inclut les blessures d'origine connue et inconnue, les fugues, les automutilations, les tentatives de suicides et les suicides et les lésions de pression, etc.

Principaux types d'accidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	3767	50 %	40 %
Erreurs liées à la médication	1388	19 %	15 %
Autres	1317	18 %	14 %

Source : SISSS, 31 mars 2022

Un total de 1080 événements (11 %) n'a pas été catégorisé comme incident ou accident dans les registres locaux des incidents et accidents.

LES ACTIONS ENTREPRISES PAR LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET LES MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT

En raison de la pandémie, le Comité de gestion des risques s'est réuni virtuellement à six reprises du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022.

Le suivi des rapports trimestriels sur les incidents et accidents ainsi que des événements sentinelles et les mesures correctives s'y rattachant a été effectué auprès des membres du Comité. De plus, des thématiques spécifiques ont été abordées durant les rencontres afin de ressortir les tendances : tentatives de suicides, chutes, lésions de pression, etc.

Le Comité de gestion des risques accorde son appui aux équipes du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui donnent l'opportunité à leur personnel d'assister aux formations concernant la déclaration, la divulgation et les concepts de gestion des risques.

Finalement, le service de la qualité, certification et gestion des risques a présenté l'information concernant le processus de gestion des risques : la formation sur la consolidation de la culture de sécurité, la production des rapports statistiques, les états de situation des événements sentinelles ainsi que le projet « décentralisation » des rapports d'incidents/accidents papiers pour migrer vers la plateforme électronique SISSS.

Le Comité a formulé les recommandations suivantes :

1. Assurer la déclaration des tous les événements, malgré le contexte de la pandémie COVID-19
2. Procéder à la décentralisation de la déclaration des événements via l'application SISSS selon la possibilité des services/unités
3. S'assurer que les gestionnaires poursuivent les travaux de complétion des analyses dans un délai de 14 jours après la déclaration.
4. Acheminer les rapports AH-223 en format papier à l'agent de saisie le plus rapidement possible, si applicable.
5. Bien identifier le service dans lequel est survenu l'événement pour acheminer le rapport d'analyse à la bonne personne
6. Assurer le suivi des indicateurs de suivi et de la qualité du processus de déclaration et d'analyse de façon régulière.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a mis en place des mesures en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment ainsi qu'en prévention et contrôle des infections (PCI). Celles-ci incluent :

- Analyse prospective des risques de la première clinique de vaccination à l'auto au Québec ;
- Système de contrôle qualité pour vérifier la fluidité de la clinique de vaccination à l'auto ;
- Projet-pilote de gestion d'accès SISSS via Octopus à l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore ;
- Le suivi du projet organisationnel sur l'implantation du bilan comparatif des médicaments ;
- Le suivi du projet d'implantation du Programme québécois des soins sécuritaires en domaine de PCI ;
- Le déploiement d'équipes de soutien aux CHSLD privés et résidences pour personnes âgées afin de gérer les éclosions durant la pandémie ;

- Promotion de la création de champions PCI et de formateurs sur chaque unité de soins afin de favoriser l'accroissement des connaissances en matière de PCI ;
- Capsules de formation obligatoires pour les gestionnaires et publication de documentation liée à la PCI ;
- Plusieurs audits effectués par des partenaires PCI dans tous les secteurs publics, privés et communautaires : hygiène des mains, utilisation d'équipements de protection individuelle, évaluation environnementale, etc ;
- Automatisation de la collecte des données et élaboration de tableaux de bord sur l'hygiène de mains avec et diffusion des résultats d'audits sur intranet.

LES PRINCIPAUX CONSTATS – APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS (ART 118.1 LSSSS)

- Pour une deuxième année consécutive, les circonstances particulières causées par la pandémie ont ralenti plusieurs projets dans l'ensemble de nos installations durant l'année financière 2021-2022. C'est dans ce contexte qu'une seule réunion a pu être tenue le 23 mars 2022 à la suite de la reprise des activités qui ne sont pas en lien avec la pandémie. Au cours de cette réunion, nous avons abordé le déploiement du protocole des mesures de contrôle (Protocole - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Isolement et contention) et de l'outil de compilation sur les mesures de contrôle.
- En ce qui concerne le projet pilote en lien avec l'implantation de l'outil informatisé par le groupe de travail (sous-comité) au Centre de réadaptation de l'Ouest-de-Montréal (CROM) et dans deux unités de l'Hôpital général du Lakeshore (HGL) :
 - Une formation a été donnée aux soins intensifs, au 3 Nord de l'HGL et au CROM, mais compte tenu des vagues de la pandémie, la complétion des données n'a pu être faite tel que prévu dû au manque de ressources. En effet, il a fallu procéder au délestage pour répondre à nos obligations envers la population desservie.
 - En collaboration avec les Ressources humaines, la Direction des soins infirmiers et la Direction des ressources informationnelles, la formation sera bientôt disponible dans l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial.
 - La présidente du sous-comité participe à un Comité ministériel pour l'élaboration des indicateurs nationaux de la qualité sur les mesures de contrôle. Ces indicateurs pourront nous permettre d'initier le *benchmarking* et une amélioration continue du processus.
 - En dépit du ralentissement des travaux du sous-comité dû à la pandémie, l'équipe maintient ses démarches rigoureuses de déclaration des mesures de contrôle. Des efforts inter-directionnels concertés ont permis de produire et déployer l'outil informatisé de collecte de données, qui devrait être utilisé dans un avenir rapproché au sein du CROM et des installations de santé physique du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- En conclusion, l'année financière 2021-2022 a été une année particulière puisque le Comité permanent des mesures de contrôle n'a pu siéger qu'une seule fois dû au délestage de la majorité des membres dans le contexte de cet événement majeur que représente la pandémie COVID-19. En dépit de cette contrainte, les membres du Comité ont su garder leur détermination pour mettre en place les moyens appropriés selon les ressources disponibles. Le respect du droit des usagers étant le grand principe directeur, l'application des mesures de contrôle ne devrait s'effectuer qu'exceptionnellement avec dignité, après l'échec d'une mesure de remplacement.
- Avec le déploiement du protocole des mesures de contrôle, la mise en place de l'outil informatisé et la formation continue des intervenants, l'année 2022-2023 devrait nous permettre de poursuivre les objectifs communs de respect du droit des usagers dans un environnement optimal.

- Perspective d'actions pour la prochaine année financière : La mise en place des différentes actions dépendra de l'évolution de la pandémie et des activités de délestage déterminées par le CIUSSS advenant de nouvelles vagues.

LES MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT OU SON COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ SUITE AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LES INSTANCES SUIVANTES

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPSQ)

Conformément au Règlement sur la procédure d'examen des plaintes et en vertu du mandat confié au comité de vigilance et de la qualité, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services présente de façon périodique à ce comité l'ensemble des mesures d'amélioration découlant de l'application de la procédure d'examen des plaintes.

Un suivi rigoureux de l'application de ces mesures d'amélioration est exercé auprès de chacune des instances et des directions concernées. Le dossier de plainte et d'intervention est fermé lorsque les mesures ont été réalisées. Une telle façon de faire s'inscrit dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des soins et des services rendus à l'utilisateur et aux proches.

Les mesures à portée systémique visent surtout l'adaptation des soins et services (ex. : ajout de services ou de ressources humaines, information et sensibilisation des intervenants, réduction du délai, amélioration des communications), l'adaptation du milieu et de l'environnement (ex. : ajustement technique et matériel, amélioration des mesures de sécurité et protection) et adoption / révision / application de règles et procédures (ex. protocole clinique ou administratif).

Au moment de clore l'exercice 2021-2022, 10 % des mesures d'amélioration à portée systémique étaient en voie de réalisation. Parmi les 278 mesures d'amélioration, 249 mesures étaient réalisées et 29 mesures étaient en voie de réalisations.

Voici quelques exemples des mesures d'amélioration mises en place :

- Pour la mission programme jeunesse, suivant la réception de plaintes concernant un manque de diversité culturelle dans certains foyers de groupes des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, la direction s'est engagée à créer un « groupe conseil de jeunes sur la diversité culturelle en réadaptation » et ainsi leur permettre d'avoir un lieu pour s'exprimer.
- Mise en place d'une nouvelle trajectoire lors de l'accueil d'un nouveau résident au Centre d'hébergement de Dorval.
- À la suite d'une plainte formulée concernant la qualité des soins en fin de vie, le commissariat a proposé aux équipes de la direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de St. Mary de recevoir une formation sur les soins de fin de vie, les soins palliatifs et notamment l'importance d'assurer tout le confort possible aux patients en fin de vie.
- Plusieurs usagers ont rapporté qu'ils leur étaient impossibles d'identifier la provenance de l'appel sur l'afficheur de leurs téléphones, une mesure d'amélioration systémique a été proposée en collaboration avec la direction des ressources informationnelles et du génie biomédical qui identifie dorénavant tous les appels en provenance de certaines installations.
- La direction du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) assure la mise en place d'une formation sur les soins de sondes aux infirmières auxiliaires du soutien à domicile du CLSC de LaSalle. Un jumelage entre une infirmière d'expérience en urologie et une infirmière auxiliaire sera effectué afin de confirmer les apprentissages de la technique pour les soins de sonde.
- Pour la mission Résidence privée pour aînés (RPA), diverses formations ont été mises en place et déployées à tous les employés, notamment en regard de la Loi visant à lutter contre la maltraitance, l'approche adaptée aux personnes âgées (AAPA) et sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

- Plusieurs mesures d'amélioration ont mené à un rappel à l'ensemble des employés des RPA des directives ministérielles concernant les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) afin que celles-ci soient adéquatement respectées.
- Un logiciel et une application (Xpill et Dosup) ont été déployés afin d'assurer un suivi des plans de soins des résidents

Protecteur du citoyen

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu neuf rapports du Protecteur du citoyen durant l'exercice 2021-2022, incluant 15 recommandations portant sur les thèmes suivants :

1. Que le CIUSSS ODIM prenne les moyens nécessaires afin de s'assurer que les intervenants à l'application des mesures révisent régulièrement les plans d'intervention des jeunes hébergés.
 - Suivi : Réalisé
2. Que le CIUSSS ODIM assigne une travailleuse ou un travailleur social(e) au suivi du dossier de l'usager afin d'en assurer la coordination clinique ainsi que les liens avec la famille.
 - Suivi : Réalisé
3. Que le CIUSSS ODIM :
 - 3.1 Implante l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) à l'urgence de l'Hôpital de LaSalle, notamment en :
 - Introduisant les outils d'évaluation préconisés par l'AAPA à la pratique des intervenants de l'urgence ;
 - Offrant une formation sur l'AAPA au personnel de l'urgence.
 - 3.2 Offre une formation au personnel de l'urgence de l'Hôpital de LaSalle sur les *Principes pour les déplacements sécuritaires des patients* qui apportent des précisions sur l'usage des ridelles ;
 - 3.3 Rappelle au personnel concerné de l'urgence de l'Hôpital de LaSalle de relever une ou des ridelles lors de la mobilisation des usagers, lorsqu'indiqué ;
 - Suivi : Réalisé
4. Que le CIUSSS ODIM prenne les moyens nécessaires afin de permettre en tout temps le contact peau à peau entre la mère et son nouveau-né en l'absence de contre-indications médicales.
 - Suivi : Réalisé
5. Que le CIUSSS ODIM répare ou remplace les équipements roulants et l'appareil à cirer les planchers qui ne respectent pas un niveau sonore adéquat au CHSLD Denis-Benjamin-Viger.
 - Suivi : Réalisé
6. Que le CIUSSS ODIM :
 - 6.1 Révise la politique DSR-PO-01 sur la gestion des avoirs des usagers hébergés en RNI en y intégrant les actions attendues en cas de décès auprès de la succession, incluant le détail des sommes remises.
 - 6.2 Rappelle au personnel clinique de soumettre les demandes d'assistance pour les cas d'exception aux autorités compétentes du programme-services déficiences.
 - 6.3 Communique avec la succession dans le but de leur transmettre un état de situation du dossier incluant un échéancier pour compléter l'analyse de la question du litige.
 - Suivi : Réalisé

7. Que le CIUSSS ODIM :
 - 7.1 Rappelle aux intervenants responsables des demandes d'hébergement de maintenir à jour les informations contenues dans les demandes d'hébergement;
 - 7.2 Développe une marche à suivre pour que les responsables du comité d'orientation et d'admission du MAH identifient et prennent en charge les demandes d'hébergement constituant des cas particuliers au sens du Cadre de référence du MAH, afin qu'il y ait un traitement diligent et une allocation judicieuse des ressources d'hébergement;
 - 7.3 Rappelle aux intervenants et intervenantes ainsi qu'aux responsables MAH la nature des informations qu'ils doivent communiquer aux personnes en attente d'hébergement quant aux ressources disponibles, à l'état d'avancement de leur demande et aux démarches en cours et à venir les concernant.
 - Suivi : Réalisé
8. Que le CIUSSS ODIM rappelle à l'intervenant au dossier de l'enfant des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw qu'il doit consigner au dossier de l'enfant concerné une note lorsqu'il avise un parent ou un grand-parent des motifs relatifs à la suspension des contacts.
 - Suivi : Réalisé
9. Que le CIUSSS ODIM effectue une visite à la résidence Alps au cours de laquelle il y aura une vérification de la complétude des dossiers cliniques des résidents, telle que l'exige le Règlement.
 - Suivi : En cours

Toutes les recommandations du Protecteur du citoyen ont été prises en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Coroner

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu quatre rapports du Coroner durant l'exercice financier 2021-2022, incluant un total de six recommandations. Ces recommandations, à l'égard de différentes directions, portent sur les thèmes suivants :

1. Que l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et le Centre l'Entre-Toit (Maison Agnès) examinent la qualité des interventions et des décisions faites à partir de la fugue de [l'utilisateur] notamment les motifs justifiant d'attendre pour activer l'ordonnance judiciaire pour aller récupérer [l'utilisateur] et y apportent des mesures correctives plus serrées, s'il y a lieu.
 - Suivi : Complété
 - Élaboration d'un plan d'actions à entreprendre pour l'intégration d'un usager dans une ressource d'hébergement ;
 - Élaboration d'un plan de contingence pour les usagers présentant des risques particuliers.
2. Que le CIUSSS ODIM revoit son offre de services pour le maintien à domicile pour y inclure une procédure d'évaluation préalable des équipements à fournir qui offrent un niveau optimal de sécurité selon l'environnement physique du milieu de vie de l'utilisateur et selon ses besoins particuliers afin d'éviter qu'un événement semblable se reproduise.
 - Suivi : Complété

- Une proposition de processus systématique reflétant l'analyse du besoin, l'évaluation des risques et l'enseignement aux aidants lors du prêt d'un lit électrique a été formulée.
- 3. Que le CIUSSS ODIM finalise l'évaluation de la qualité des soins reçus par [une usagère] les 25 et 26 août 2019 à des fins d'amélioration continue.
 - Suivi: En cours
- 4. Que le CIUSSS ODIM :
 - 4.1 Examine la qualité de l'acte professionnel posé auprès de [l'utilisateur] lors de son séjour à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas du 9 au 21 décembre 2020, notamment l'autoévaluation du risque d'auto agressivité, le suivi et le soutien offert à court terme en externe au moment du congé temporaire autorisé.
 - 4.2 Vérifie s'il y a eu des lacunes lors de l'évaluation du congé temporaire autorisé et dans l'affirmative, d'identifier les correctifs requis.
 - 4.3 Poursuive les efforts afin d'assurer un suivi à l'externe, tel que l'instauration de la nouvelle mesure par le biais de l'embauche d'infirmière ALV (congé autorisé temporaire) dédiée pour l'Institut.
 - Suivi: Complété
 - Le comité de morbidité-mortalité de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas s'est réuni le 16 mars 2022 pour étudier le dossier.

Autres instances

En 2021-2022, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a également reçu quatre rapports d'instances de qualité externes qui comprenaient 52 recommandations :

1. Un rapport de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse incluant 20 recommandations ;
2. Deux rapports de visites STAT pour les urgences de l'Hôpital de LaSalle et l'Hôpital général du Lakeshore incluant 24 recommandations ;
3. Un rapport de visite d'évaluation de la qualité des milieux de vie pour le Centre de soins prolongés Grace-Dart incluant 8 recommandations.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'assure du suivi de ces recommandations avec tous les intervenants concernés.

LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE SELON LA MISSION

Les missions du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui sont visées par l'article 6 ou l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001) sont les missions CH et CHSLD. Il n'y a aucune mise sous garde pour les missions CLSC et CR dans notre établissement.

	CH	CHSLD	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1070	0	1070
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	373	2	375
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	368	2	370
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	757	8	765
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	729	7	736

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le rapport complet de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services se retrouve au : www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/publications/rapports-et-bilans/#c45562.

PROMOTION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services s'est engagé à promouvoir des soins et des services culturellement sécurisants parmi toutes les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. L'équipe du commissariat a eu le privilège d'accueillir l'Honorable Jacques Viens qui nous a sensibilisé en regard des obstacles culturels pour porter plainte auprès des premières nations et Inuit ainsi que monsieur André Lebon, vice-président de la commission Laurent qui a participé à un échange sur les conditions gagnantes et les pratiques pour soutenir les services en protection de la jeunesse. Également, une formation a été offerte par l'ACCÉSSS sur les communautés ethnoculturelles issues de l'immigration.

Faits marquants :

- La *Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux* (PL-52) notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés est en vigueur depuis le 1^{er} juin 2021. Cette loi a entraîné plusieurs changements dans le régime d'examen des plaintes notamment par la prise en charge du traitement des plaintes et des signalements de maltraitance des établissements privés par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs des centres intégrés.
- Un deuxième poste de commissaire adjoint a été créé afin de répondre adéquatement aux nouvelles responsabilités issues de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.
- Le commissariat réalise actuellement sa mission en télétravail tout en assurant le même niveau de prestation de services pour les usagers. Nous amorçons une réintégration progressive en mode hybride dans les installations.
- Considérant la grande présence du commissariat au sein des installations de la direction programme jeunesse, le volume de plaintes a doublé en 2021-2022 avec un total de 80 dossiers de plaintes et d'interventions comparativement à 40 dossiers en 2020-2021.
- Suivant des plaintes concernant un manque de diversité culturelle dans certains foyers de groupes des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, la direction s'est engagée à créer un « groupe conseil de jeunes sur la diversité culturelle en réadaptation » et ainsi leur permettre d'avoir un lieu pour s'exprimer.
- À la suite d'une plainte formulée concernant la qualité des soins en fin de vie, le commissariat a proposé aux équipes de la direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de St. Mary de recevoir une formation sur les soins de fin de vie, les soins palliatifs et notamment l'importance d'assurer tout le confort possible aux patients en fin de vie.
- Plusieurs usagers ont rapporté qu'il leur était impossible d'identifier la provenance de l'appel sur l'afficheur de leurs téléphones, une mesure d'amélioration systémique a été proposée en collaboration avec la Direction des ressources informationnelles et du génie biomédical qui identifie dorénavant tous les appels en provenance de certaines installations.

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal possède la responsabilité de fournir aux citoyens de son territoire des renseignements en temps réel concernant les soins et services offerts. À cet égard, la Direction des communications déploie des initiatives sous différentes entités d'envois et différentes plateformes afin de rendre l'information accessible à la population et à ses équipes.

Le site Web (www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca) de l'établissement, actif depuis maintenant 7 ans, a enregistré au cours du dernier exercice financier 1 172 607 visites, soit presque 300 000 utilisateurs de plus que l'année précédente. Encore une fois cette année, la crise sanitaire liée à la COVID-19 a contribué à l'augmentation de la fréquentation du site web.

Cette plateforme numérique permet, notamment, de diffuser des campagnes d'information afin de sensibiliser la population du territoire à une multitude de sujets d'intérêt public. Les services concernant les communications avec les résidents en CHSLD (Projet Contact), le soutien en santé mentale, la maternité ou encore les nouvelles portant sur les grands projets immobiliers ont été abordés sur cette plateforme. Le site web a également permis de fournir des informations aux employés à travers une zone leur étant dédiée. Le personnel du CIUSSS pouvait accéder à des informations relatives à la vie au travail, en plus de procédures et d'informations ciblées concernant la pandémie.

La COVID-19 aura été, de loin, le sujet le plus abordé sur le site web du CIUSSS durant cette année financière. L'utilisation de la plateforme aura permis d'informer la population et le personnel à ce sujet : dernières consignes sanitaires, vaccination (cliniques mobiles, navettes STM), dépistage, et plus encore. Cette plateforme aura également comblé des objectifs de recrutement, alors que le manque de personnel fut encore une réalité omniprésente sur le territoire.

La *Ligne info-CIUSSS* (514 630-2123) et l'adresse courriel (informations.comtl@ssss.gouv.qc.ca), largement publicisées auprès de la population du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, sont d'autres canaux de communication utiles à la population, et encore davantage en période pandémique. C'est pour répondre à un afflux exceptionnel d'appels qu'une équipe a spécialement été formée pour répondre aux questions et préoccupations de la population.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal mise également sur les médias sociaux pour :

- Informer rapidement la population sur l'évolution de la crise sanitaire et sur les multiples services offerts par ses différentes installations,
- Soutenir les activités de ses équipes de santé publique.
- Promouvoir de la santé et partager des conseils santé.
- Recevoir les questions, les commentaires et les préoccupations des citoyens.

Nouveauté : L'établissement s'est muni d'un compte Instagram pour rejoindre un nouveau public cible, soit les jeunes âgés entre 12 et 30 ans. Le contenu qui y est publié est diversifié et surtout, adapté aux utilisateurs de cette plateforme. Information sur les services, témoignages, reconnaissance du personnel et de leur profession ne sont que quelques sujets qui ont été abordés. Le compte a cumulé plus de 500 abonnés lors de sa première année d'existence et promet une visibilité intéressante pour celles à venir!

Au total, plus de 500 publications ont été diffusées et 20 campagnes publicitaires *Facebook* ont été déployées pour combler ces objectifs.

Voici un aperçu des activités du CIUSSS sur les médias sociaux :

Facebook (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal)

- 1 491 nouveaux abonnés cette année, pour un total de 14 000
- 393 853 visites sur la page

Instagram (ciusss.ouest.mtl)

- 600 abonnés
- 2 526 visites uniques de profil

Twitter (ciusss_ouestmtl)

- 221 nouveaux abonnés cette année, pour un total de 5 843
- Moyenne de 3424 visites de profil par mois

LinkedIn (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal)

- 3 361 nouveaux abonnés cette année, pour un total de 17 974
- 9 477 visiteurs uniques

Les 61 écrans dynamiques situés dans 18 de nos installations constituent aussi une source d'information précieuse pour la clientèle et la population.

En outre, la population est invitée à venir entendre les présentations des membres du conseil d'administration et à poser des questions lors des séances ordinaires du conseil. Cette invitation est faite au moyen d'avis publics publiés au moins 15 jours avant la date de la séance ordinaire. En période pandémique, les citoyens pouvaient y prendre part grâce à l'application *Zoom*. Cependant, pour des raisons de logistique, les questions devaient être soumises 24 heures avant la tenue de chacune des séances.

Par ailleurs, la population et les partenaires communautaires ont été invités virtuellement à prendre part à la Séance publique annuelle d'information, tenue le 26 novembre 2021, sous le thème « le bien-être de la population au cœur de nos engagements ». De plus, le président du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ont participé à plusieurs rencontres avec les partenaires, dont plus d'une centaine avec les maires et députés du territoire. Celles-ci ont permis de mieux informer la population sur l'évolution de la situation sanitaire dans l'Ouest-de-l'Île et de recueillir les préoccupations.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a multiplié les efforts et les idées novatrices pour identifier et mettre en place des solutions aux différentes situations problématiques rencontrées durant la pandémie. À titre d'exemple, afin de répondre à un besoin de communication entre les résidents et usagers de ses installations et leurs familles, alors que les visites étaient interrompues, l'établissement a développé un système de prise de rendez-vous en ligne permettant d'établir une communication sociale virtuelle. En plus des multiples plages horaires offertes au moyen de sa plateforme numérique, les équipes dépêchées sur le projet « Contactez vos proches » ont également instauré un processus de communication à l'aide de divers outils numériques, tels que des tablettes. Le tout respectant les mesures sanitaires strictes mises en place et les besoins des résidents et usagers.

L'information a été le nerf de la guerre pendant cette année de pandémie. Le conseil d'administration, la présidente-directrice générale et le comité de direction ont participé à plusieurs rencontres virtuelles portant sur différents sujets. Il importe de souligner la collaboration quotidienne avec les élus du territoire de l'Ouest-de-l'Île. Cette alliance étroite des forces et des réseaux a permis d'en faire encore davantage pour les communautés. Des rencontres virtuelles ont aussi été tenues pour sensibiliser, expliquer et répondre aux inquiétudes des partenaires et des usagers au sujet de la campagne de vaccination. La communication est une priorité pour l'organisation.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal exerce son mandat de responsabilité populationnelle en partenariat avec les organismes communautaires, les municipalités, le réseau de l'éducation et, bien sûr, les citoyens, les usagers, les résidents et les vétérans.

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

Dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie, et conformément au mandat que lui confie la PDG, le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) apporte un soutien clinique, administratif et éthique de proximité aux professionnels de la santé devant répondre à une demande d'aide médicale à mourir (AMM).

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022)

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 529
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	6
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	*54
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	**36
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	15 • 4 demandes dont l'utilisateur est devenu inapte en cours de processus; • 1 demande ne satisfaisant pas à la condition de l'article 26 de la Loi; • 3 demandes dont l'utilisateur est décédé avant la fin du cheminement; • 6 demandes retirées par l'utilisateur; • 1 demande dont l'utilisateur a été transféré vers un autre établissement.
*5 demandes ont été acceptées mais non administrées à ce jour. **2 demandes provenant de 2020-2021		

- Une rencontre du GIS a été effectuée pour chacune des demandes d'AMM jugée éligible.
- Un intervenant du GIS a accompagné l'équipe traitante dans chacune des demandes d'AMM.
- Un intervenant du GIS a effectué des rencontres suite à l'administration de l'AMM avec l'équipe traitante lorsque requis.

Conformément à son mandat, le GIS a apporté un soutien clinique, administratif et éthique de proximité aux professionnels de la santé devant répondre à une demande d'AMM. Par le biais de ses membres (groupe tactique), il a accompagné les équipes de soins pour chacune des demandes d'AMM formulées. Afin de maintenir l'excellence du cheminement d'AMM au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le GIS s'est rencontré avant chacune des administrations d'AMM.

Depuis le début de la pandémie, il n'y a eu aucune demande d'AMM associé avec la COVID-19. Malgré la crise sanitaire qui persiste depuis plus de deux ans, les équipes de soins ont pu maintenir service à la clientèle de qualité.

SECTION 7 – LES RESSOURCES HUMAINES

LE TABLEAU DES RESSOURCES HUMAINES

DÉNOMBREMENT DES EFFECTIFS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI

Nombre de personnes occupant un emploi dans l'établissement au 31 mars 2021* et nombre équivalents temps complet (ETC)

Catégorie d'emploi (MSSS, syndicale)	Nombre d'emplois au 31 mars 2021*			Nombre d'ETC en 2020-2021*		
	2021	2021 COVID	2021 Total	2021	2021 COVID	2021 Total
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 084	128	3 212	2 419	31	2 450
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	4 158	100	4 258	2 949	44	2 993
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 534	152	1 686	1 310	37	1 347
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 193	92	2 285	1 821	35	1 856
5 - Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales**	78	10	88	63	1	64
6 - Personnel d'encadrement	388	9	397	368	4	372
8 - Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	-	106	106	-	5	5
Total	11 435	597	12 032	8 930	157	9 087

*Dernière année disponible. Données fournies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Source : MSSS-DGGM0, Banque de données R25).

**Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

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

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

LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

11045168 - CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Comparaison sur 364 jours 2021-03-28 au 2022-03-26		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total des heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	716 316	51 630	767 947
2 - Personnel professionnel	2 561 908	62 734	2 624 641
3 - Personnel infirmier	4 650 502	403 070	5 053 572
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	8 432 512	492 783	8 925 295
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 944 605	74 281	2 018 887
6 - Étudiants et stagiaires	22 465	790	23 255
Total 2021-2022	18 328 309	1 085 288	19 413 597
Total 2020-2021			18 069 533

Cible 2021-2022	19 413 597
Écart	0
Écart en %	0 %

SECTION 8 – LES RESSOURCES FINANCIÈRES

L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

DÉPENSES PAR PROGRAMMES – SERVICES

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	58 663 512	5,22 %	105 370 660	7,60 %	46 707 148	79,62 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	22 946 543	2,04 %	34 084 180	2,46 %	11 137 637	48,54 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet hébergement	186 549 631	16,59 %	234 613 767	16,93 %	48 064 136	25,76 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet soutien à domicile et autres	47 619 878	4,23 %	64 118 484	4,63 %	16 498 606	34,65 %
Déficiences physiques	11 245 472	1,00 %	12 449 010	0,90 %	1 203 538	10,70 %
Déficiences intellectuelles et TSA	61 450 644	5,46 %	72 428 376	5,23 %	10 977 732	17,86 %
Jeunes en difficultés	87 888 356	7,81 %	100 640 259	7,26 %	12 751 903	14,51 %
Dépendances	259 303	0,02 %	278 066	0,02 %	18 763	7,24 %
Santé mentale	125 938 678	11,20 %	139 990 672	10,10 %	14 051 994	11,16 %
Santé physique	265 412 298	23,68 %	316 530 347	22,84 %	51 118 049	19,26 %
Programmes-soutien						
Administration	72 974 954	6,49 %	94 619 751	6,83 %	21 644 797	29,66 %
Soutien aux services	93 566 763	8,32 %	105 709 592	7,63 %	12 142 829	12,98 %
Gestion des bâtiments et des équipements	89 223 691	7,93 %	105 095 915	7,58 %	15 872 224	17,79 %
Total	1 123 739 723	100 %	1 385 929 079	100 %	262 189 356	23,33 %

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur notre site Web au : www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca, pour plus d'information sur les ressources financières.

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2022, l'établissement a respecté cette obligation légale.

LES CONTRATS DE SERVICE

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique¹	24	5 880 757.88 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique²	226	112 075 358.93 \$
Total des contrats de services	250	117 956 116.81 \$

¹ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

² Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

SECTION 9 – LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La direction des ressources informationnelles et du génie biomédical (DRIGBM) a pour objectif d'acquérir et de déployer les technologies en ressources informationnelles et les équipements médicaux et d'en assurer le support dans le but de contribuer à la réalisation de la mission de l'organisation. Voici quelques-uns des faits saillants de la contribution de la direction pour ce qui est des services rendus aux différentes clientèles.

Tout comme en 2020-2021, les vagues successives de la pandémie ont grandement affecté la population du territoire en 2021-2022. L'une des priorités de l'organisation a été de faire évoluer les services offerts dans les cliniques de vaccination et de dépistage, ainsi que de répondre aux fluctuations des services de soins offerts. La DRIGBM a adapté ses services d'informatisation du processus de vaccination et de dépistage pour les équipes mobiles qui se sont déplacées dans les milieux publics, privés conventionnés et privés.

Les membres de nos équipes ont contribué volontairement au délestage de leurs activités courantes au profit des activités de gestion et de support de cliniques de vaccination et de dépistage. Notons l'apport de certains, qui ont œuvré à des audits et à la vigie de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux privé/conventionné et privé. Aux périodes de pointe, jusqu'à 40 % de nos employés étaient affectés à ces activités.

La direction a adapté le modèle de prise de rendez-vous qui a contribué à la gestion et la réduction des files d'attente grâce à la fonction d'impression des coupons sans rendez-vous permettant d'étaler l'achalandage dans le temps et sur plusieurs sites au besoin.

Grâce aux différents tableaux de bord et leurs indicateurs, l'information produite a permis de suivre les délais dans la trajectoire et d'identifier les patients dont le parcours vaccinal est anormalement long ou encore la possibilité d'améliorer la qualité des données en assurant la validation des données saisies dans les systèmes d'information. Ces efforts ont contribué au bon déroulement des opérations d'inscription, d'évaluation et de vaccination.

L'accroissement de l'étendue du réseau Wi-Fi s'est poursuivi pour l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et dans le Centre d'hébergement de Lachine. Plus de 400 000 \$ ont été investis dans ce domaine. De plus, les programmes jeunesse ont pu bénéficier du déploiement d'un réseau Wi-Fi et du réseau de câblodistribution dans le tout nouveau campus de Beaconsfield.

L'équipe de la DRIGBM a poursuivi ses investissements et ses activités en sécurité de l'information. Des efforts constants sont déployés pour rehausser les mécanismes de cyberdéfense. Des investissements de près de 1 200 000 \$ ont été utilisés pour rendre les infrastructures plus sécuritaires. Des travaux de rehaussement de la réseautique, des solutions de surveillance de circulation de l'information sur le réseau et des licences de protection des serveurs et des postes de travail informatiques ont composé l'essentiel des sommes investies.

Pour le secteur génie biomédical, c'est plus de 5 000 000 \$ qui ont été consacrés pour desservir les clientèles et maintenir une agilité pour supporter l'offre de soins et de services. Parmi les investissements majeurs, notons l'acquisition d'un appareil de tomodensitométrie (1 200 000 \$) et la mise à niveau des équipements de gastroentérologie et laparoscopie à l'Hôpital de LaSalle par le remplacement du parc d'équipement de gastroentérologie (800 000 \$) et l'acquisition de 2 systèmes de laparoscopie (250 000 \$).

SECTION 10 – L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations (Colonne 1)	Exercices financiers (Colonne 2)	Nature (Colonne 3)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée (Colonne 4)	État de la problématique au 31 mars 2022 (Colonnes 5, 6 et 7)
PARTIE AS-471 (p.140)				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers				
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats location-acquisition (CROM-Batshaw-ODI-DLL).	2011-12	Réserve	Transfert de propriété des immeubles de la SQI le 1er avril 2021. Toutefois une réserve sur le solde comparatif demeure cette année.	Régulé
L'établissement a obtenu une subvention en lien avec les charges, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19 pour le réseau de la santé. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir les éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne les économies et les pertes de revenus prises en compte. Par conséquent, nous n'avons pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés à titre de revenu de subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres postes des états financiers au 31 mars 2021	2020-21	Réserve	Il s'agit d'une limitation au niveau du travail de l'auditeur, donc aucune mesure à prendre.	Non réglé
L'établissement n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec l'indexation et les forfaitaires de l'exercice terminé le 31 mars 2021 de certains corps d'emploi, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes	2020-21	Réserve	Comptabilisation des indexations et forfaitaires en 2021-2022.	Régulé

pour le secteur public. Ceci provient d'une décision du ministère de la Santé et des Services sociaux indiquant aux établissements de ne pas comptabiliser cette charge, puisque la subvention correspondante n'était pas approuvée en date du 31 mars 2021. Par conséquent, les comptes à payer au 31 mars 2021 et les salaires et charges sociales pour l'exercice terminé le 31 mars 2021 sont sous-évalués d'approximativement 20 350 000 \$.				
---	--	--	--	--

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées

<u>6302 - Consultations externes spécialisées</u> La compilation du l'unité de mesure « A) La visite » n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF) pour ce sous-centre d'activités. Le processus de compilation n'est pas uniforme au sein de l'établissement quant à la façon de considérer ce que constitue une visite pour un problème différent. Aucune procédure, ni contrôle ne permet de s'assurer qu'une seule visite est compilée pour un patient qui pourrait se présenter aux différents sites de l'établissement pour un même problème, dans une même journée, entraînant ainsi un risque de surévaluation de l'unité de mesure.	2018-19	Réserve	La situation décrite sera résolue lors de la fusion des bases de données. Pour le SCA 6302, il n'existe pas de système d'information pour tous les services. Nous ne sommes donc pas en mesure de croiser l'information. Pour calculer les résultats, nous recevons directement les valeurs calculées par le service clinique concerné, sans possibilité de croiser avec nos autres systèmes. Nous sommes tributaires de l'ajout de système d'information clinique approprié dans les différents services selon le plan des actifs informationnels de la DRIGBM. Cependant, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	Non réglé
<u>6307 – Services de santé courants</u> La compilation du l'unité de mesure « A) La visite » n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF) pour ce sous-centre d'activités. Aucune procédure, ni contrôle ne permet de s'assurer qu'une seule visite est compilée pour un patient qui	2017-18	Réserve	La situation décrite sera résolue lors de la fusion des bases de données. Pour le SCA6307, il n'existe pas de système d'information pour tous les services. Nous ne sommes donc pas en mesure de croiser l'information. Pour calculer les résultats, nous recevons directement les valeurs calculées	Non réglé

pourrait se présenter aux différents sites de l'établissement dans une même journée, entraînant ainsi un risque de surévaluation de l'unité de mesure.			par le service clinique concerné, sans possibilité de croiser avec nos autres systèmes. Nous sommes tributaires de l'ajout de système d'information clinique approprié dans les différents services selon le plan des actifs informationnels de la DRIGBM. Cependant, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
<u>7644 – Hygiène et salubrité – Tâches opérationnelles</u> La compilation du l'unité de mesure « A) Le mètre carré » n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF) pour ce sous-centre d'activités. Je n'ai pas été en mesure de retracer le document de base attestant de la réalité des mètres carrés.	2018-19	Réserve	Cette situation est connue : pour certains bâtiments, les documents attestant les dimensions sont inexistantes. Notre établissement prévoit une réévaluation des dimensions de tous ses bâtiments par une firme d'architectes dans un avenir rapproché. Nous allons inscrire la demande comme un projet d'immobilisation. Une fois l'approbation du MSSS reçue, nous allons mandater des professionnels pour valider les superficies et volumes manquants pour l'ensemble de nos bâtiments. La DST a un projet de faire l'inventaire exhaustif des superficies et volumes au cours de l'année 2022-2023. La solution Archidata est présentement évaluée afin de mettre à jour ce type de données qui sont fournies par le volet immobilier de la DST. Cependant, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	Non réglé
<u>7703 – Fonctionnement des installations – Autres</u> La compilation du l'unité de mesure « A) Le mètre cube » n'est pas conforme au Manuel de gestion financière (MGF) pour ce sous-centre d'activités. Je n'ai	2017-18	Réserve	Cette situation est connue : pour certains bâtiments, les documents attestant les dimensions sont inexistantes. Notre établissement prévoit une réévaluation des dimensions de tous ses bâtiments	Non réglé

pas été en mesure de retracer le document de base attestant de la réalité des mètres cubes. Également, au cours de l'exercice un changement de mètres cubes a été relevé et le calcul unitaire n'a pas été établi proportionnellement au temps d'utilisation. Finalement, la présentation de ce sous-centre d'activités n'est pas conforme au MGF puisque les frais des locaux loués sont inclus, et ce, malgré le fait que le loyer inclut les frais de fonctionnement.			par une firme d'architectes dans un avenir rapproché. Nous allons inscrire la demande comme un projet d'immobilisation. Une fois l'approbation du MSSS reçue, nous allons mandater des professionnels pour valider les superficies et volumes manquants pour l'ensemble de nos bâtiments. La DST a un projet de faire l'inventaire exhaustif des superficies et volumes au cours de l'année 2022-2023. La solution Archidata est présentement évaluée afin de mettre à jour ce type de données qui sont fournies par le volet immobilier de la DST. Cependant, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	
---	--	--	--	--

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

Il n'existe pas à l'intérieur des systèmes d'approvisionnement de contrôles informatisés permettant de respecter les niveaux de délégations autorisés par les politiques, règlements et directives de l'établissement ni une reddition de compte automatique. La mise en place de ce type de contrôle permet de s'assurer que les contrôles opérationnels sont appliqués comme prévu et de donner une assurance sur le respect de la Politique de gestion contractuelle concernant la conclusion de contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction des organismes publics du réseau de la santé et des services sociaux. Sans contrôles de suivi appropriés, les contrôles opérationnels tendent à devenir inefficaces au fil du temps.	2015-16	Observation	Notre projet portant sur l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement intégrera les améliorations visant à informatiser les contrôles d'autorisation. Ce projet a été déposé auprès de la DGTI du MSSS le 21 janvier 2021 et nous avons reçu le 3 juin 2022 une réponse favorable. Nous amorçons la phase de planification en vue de déposer en 2022-2023 un dossier d'affaires. Il est à noter qu'une autorisation de ce dossier d'affaires par le MSSS est préalable à l'exécution de ce projet.	Non réglé
---	---------	-------------	--	-----------

Présentation des obligations contractuelles liées aux ententes avec les RI et les RTF La détermination des obligations contractuelles découlant des ententes avec les ressources intermédiaires (RI) et les ressource de type familial (RTF) découle actuellement d'un processus estimatif et peu précis.	2017-18	Observation	Les obligations contractuelles découlent principalement des ententes d'achats de places en RI-RTF. La direction logistique a comme objectifs de devenir la gardienne de tous les contrats signés par les directions, à en harmoniser les contenus, à assurer leur conformité aux lois et règlement et à assurer leur conclusion par le niveau d'autorité approprié. La centralisation de l'archivage des contrats dans un espace électronique commun doit permettre à la direction logistique de rehausser la qualité des données essentielles saisies dans le système SI-RTF par les directions et de veiller à ce que ces données soient maintenues à jour. Ainsi, la centralisation des contrats doit permettre d'améliorer le processus visant à établir les montants des obligations futures selon les dates de mise en vigueur et de renouvellement des contrats. Les changements sont prévus d'être apportés au printemps 2023.	Partiellement réglé
Déficiences en technologies de l'information relevées				
Paramètres de gestion des mots de passe : Certains paramètres de mot de passe sont à améliorer.	2017-18	Observation	Les paramètres seront mis en place à l'automne.	Non réglé
Accès pilote : Au cours de nos procédures d'audit sur les accès informatiques, nous avons constaté que plusieurs employés avaient des accès Pilotes à un logiciel. Un accès Pilote autorise l'employé à apporter des modifications à l'ensemble des paramètres du logiciel. De plus, aucun contrôle compensatoire n'est en place afin de détecter et d'autoriser les modifications. Ces modifications non autorisées pourraient résulter en anomalie significative.	2019-20	Commentaire	Des actions ont été entreprises pour modifier la séparation des tâches des accès Pilotes. Ces actions se continuent en 2022.	Non réglé

Gestion des accès : Aucune révision formelle n'a été réalisée pour l'ensemble des applications auditées.	2017-18	Observation	En 2022-2023, nous formaliserons l'application de la politique de gestion des accès et nous mettrons en place les contrôles d'accès, dont la révision périodique de ceux-ci.	Non réglé
Surveiller l'accès aux systèmes informatiques : Nous avons constaté que l'approche à l'égard de la surveillance des journaux est à améliorer.	2015-16	Observation	Une solution de gestion et de contrôle des accès a été acquise en 2020-2021 et sera déployé en 2022-2023	Partiellement réglé
Plan de relève TI : Nous avons constaté qu'il y a un plan de relève pour les applications financières. Cependant, ce plan devrait être testé plus fréquemment.	2015-16	Observation	Le plan de relève technologique a été mis en place. Nous verrons à tester celui-ci plus fréquemment.	Partiellement réglé

SECTION 11 – LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Le CIUSSS offre la possibilité à tous ses employés et fournisseurs, témoins ou informés d'une situation pouvant constituer un acte répréhensible, de communiquer leurs préoccupations au CIUSSS de façon anonyme et confidentielle par le biais d'une adresse courriel unique, un numéro de téléphone sans frais et une plateforme Web. La politique sur la divulgation d'actes répréhensibles a été rédigée, mais son adoption a été reportée dû au contexte d'urgence sanitaire. Conséquemment, le CIUSSS a identifié la direction adjointe de la qualité, performance et expérience client comme responsable du processus. La Direction des ressources humaines et affaires juridiques (DRHAJ) et la Direction des ressources financières (DRF) sont des collaborateurs.

Il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué dans notre établissement en 2021-2022.

Divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations ¹	0	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	Sans objet	0	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin, en application du paragraphe 3 de l'article 22		0	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet	0	0
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		0	0
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		0	0
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		0	0
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement		0	0
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	0
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations		0	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés		Sans objet	0
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³	0	0	0

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.

3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.

ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
EN VERTU DE LA
LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (chapitre M-30)**

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

15 JUIN 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	78
Section 1 - Dispositions générales.....	78
Section 2 - Principes d'éthique et règles de déontologie	81
Section 3 - Conflit d'intérêts	84
Section 4 - Application.....	85
ANNEXES	89
Annexe I - Engagement et affirmation du membre.....	90
Annexe II - Avis de bris du statut d'indépendance.....	91
Annexe III - Déclaration des intérêts du membre	92
Annexe IV - Déclaration des intérêts du président-directeur général	93
Annexe V - Déclaration de conflit d'intérêts.....	94
Annexe VI - Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	95
Annexe VII - Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	96

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. FONDEMENT LÉGAL

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

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

- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).
- Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c C-12.

3. DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. CHAMP D'APPLICATION

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

5. DISPOSITION FINALE

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. DIFFUSION

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

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

SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

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

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

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

8. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.

- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

SECTION 4 – APPLICATION

16. ADHÉSION AU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

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

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

17. COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

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

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

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

18. COMITÉ D'EXAMEN *AD HOC*

- 18.1** Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- 18.2** Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- 18.3** Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :
- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
 - c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- 18.4** La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.
- 18.5** Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- 19.1** Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 19.2** Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.
- 19.3** Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.
- 19.4** Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.
- 19.5** Tout membre du comité d'examen *ad hoc* qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

- 19.6** Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen *ad hoc*, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 19.7** Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 19.8** Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) un état des faits reprochés;
 - b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 19.9** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 19.10** Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 19.11** Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.
- 19.12** Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 19.13** Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. NOTION D'INDÉPENDANCE

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

21. OBLIGATIONS EN FIN DU MANDAT

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

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

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

COORDONNÉES DU BUREAU D'ÉLECTION

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du - _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.		
En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.		
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ <i>[prénom et nom en lettres moulées]</i>, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du _____ due aux faits suivants : _____ _____ _____ _____ _____		
Signature	Date <i>[aaaa-mm-jj]</i>	Lieu

ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction

Employeur

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

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

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

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

ANNEXE 2 – STATISTIQUES – DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

SIGNALEMENTS TRAITÉS DURANT L'ANNÉE

		2019-2020							2020-2021							2021-2022						
		0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%
Signalements non retenus	Fille	262	380	292	204	6	1 144	47,9%	288	434	228	183	5	1 138	48,1%	303	535	398	288	0	1 524	51,3%
	Garçon	292	503	277	161	6	1 239	51,9%	329	505	234	139	9	1 216	51,4%	336	586	319	202	0	1 443	48,6%
	Inconnu	1	1	1	0	0	3	0,1%	3	7	0	0	0	10	0,4%	2	2	0	0	0	4	0,1%
	Total	555	884	570	365	12	2 386	58,9%	620	946	462	322	14	2 364	59,2%	641	1 123	717	490	0	2 971	64,0%
Signalements retenus	Fille	251	341	158	59	4	813	48,9%	252	311	150	82	5	800	49,2%	251	324	196	79	0	850	50,8%
	Garçon	319	350	125	52	4	850	51,1%	275	345	156	45	6	827	50,8%	284	362	124	53	0	823	49,2%
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0,0%	0	0	0	0	0	0	0,0%	1	0	0	0	0	1	0,1%
	Total	570	691	283	111	8	1 663	41,1%	527	656	306	127	11	1 627	40,8%	536	686	320	132	0	1 674	36,0%
Signalements traités	Fille	513	721	450	263	10	1 957	48,3%	540	745	378	265	10	1 938	48,6%	554	859	594	367	0	2 374	51,1%
	Garçon	611	853	402	213	10	2 089	51,6%	604	850	390	184	15	2 043	51,2%	620	948	443	255	0	2 266	48,8%
	Inconnu	1	1	1	0	0	3	0,1%	3	7	0	0	0	10	0,3%	3	2	0	0	0	5	0,1%
	Total	1 125	1 575	853	476	20	4 049	100,0%	1 147	1 602	768	449	25	3 991	100,0%	1 177	1 809	1 037	622	0	4 645	100,0%

SIGNALEMENTS RETENUS PAR PROBLÉMATIQUE

Problématiques		2019-2020							2020-2021							2021-2022						
		0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%
Abandon	Fille	1		1	2		4	40,0%			1	1		2	40,0%				1		1	100,0%
	Garçon	3			2	1	6	3,9%	1	1	1			3	60,0%							
	Inconnu																					
Total Abandon		4		3	3		10	0,6%	1	1	2	1		5	0,3%				1		1	0,1%
Abus physique	Fille	13	94	33	12		152	47,5%	26	66	26	11		129	45,7%	19	77	40	11		147	51,0%
	Garçon	37	102	23	6		168	52,5%	42	80	23	6	2	153	54,3%	39	79	17	6		141	49,0%
	Inconnu																					
Total Abus physique		50	196	56	18		320	19,2%	68	146	49	17	2	282	17,3%	58	156	57	17		288	17,2%
Risque sérieux d'abus physique	Fille	10	15	8			33	55,9%	17	18	3		1	39	47,0%	16	12	3			31	50,8%
	Garçon	13	8	3	2		26	44,1%	14	25	4	1		44	53,0%	11	17		2		30	49,2%
	Inconnu																					
Total Risque sérieux d'abus physique		23	23	11	2		59	3,5%	31	43	7	1	1	83	5,1%	27	29	3	2		61	3,6%
Abus sexuel	Fille	6	20	21	6		53	76,8%	8	28	25	13		74	75,5%	6	32	26	21		85	84,2%
	Garçon	3	10	3			16	23,2%	7	11	4	2		24	24,5%	4	7	5			16	15,8%
	Inconnu																					
Total Abus sexuel		9	30	24	6		69	4,1%	15	39	29	15		98	6,0%	10	39	31	21		101	6,0%
Risque sérieux d'abus sexuel	Fille	16	18	6	2	2	44	58,7%	12	20	5	5	2	44	45,8%	13	17	17	2		49	58,3%
	Garçon	12	15	2		2	31	41,3%	10	25	11	6		52	54,2%	10	15	7	2		34	40,5%
	Inconnu															1				1	1,2%	
Total Risque sérieux d'abus sexuel		28	33	8	2	4	75	4,5%	22	45	16	11	2	96	5,9%	24	32	24	4		84	5,0%
Mauvais traitements psychologiques	Fille	106	99	26	11		242	47,7%	85	90	32	21	2	230	53,5%	96	72	32	16		216	46,8%
	Garçon	127	104	25	9		265	52,3%	69	91	29	10	1	200	46,5%	103	101	31	11		246	53,2%
	Inconnu																					
Total Mauvais traitements psychologiques		233	203	51	20		507	30,5%	154	181	61	31	3	430	26,4%	199	173	63	27		462	27,6%
Négligence	Fille	40	43	28	5		116	46,0%	29	38	15	2		84	37,8%	36	48	19	7		110	46,6%
	Garçon	51	58	17	9	1	136	54,0%	48	58	26	6		138	62,2%	45	57	18	6		126	53,4%
	Inconnu																					
Total Négligence		91	101	45	14	1	252	15,2%	77	96	41	8		222	13,6%	81	105	37	13		236	14,1%
Risque sérieux de négligence	Fille	59	45	15	5	2	126	49,6%	75	44	24	3		146	47,4%	65	61	31	7		164	51,3%
	Garçon	73	39	13	2	1	128	50,4%	84	49	23	3	3	162	52,6%	72	61	15	8		156	48,8%
	Inconnu																					
Total Risque sérieux de négligence		132	84	28	7	3	254	15,3%	159	93	47	6	3	308	18,9%	137	122	46	15		320	19,1%
Troubles de comportement sérieux	Fille		7	20	16		43	36,8%		7	19	26		52	50,5%		5	28	14		47	38,8%
	Garçon		14	37	23		74	63,2%		5	35	11		51	49,5%		25	31	18		74	61,2%
	Inconnu																					
Total Troubles de comportement sérieux			21	57	39		117	7,0%		12	54	37		103	6,3%		30	59	32		121	7,2%
Total	Fille	251	341	158	59	4	813	48,9%	252	311	150	82	5	800	49,2%	251	324	196	79		850	50,8%
	Garçon	319	350	125	52	4	850	51,1%	275	345	156	45	6	827	50,8%	284	362	124	53		823	49,2%
	Inconnu															1				1	0,1%	
TOTAL		570	691	283	111	8	1 663	100,0%	527	656	306	127	11	1 627	100,0%	536	686	320	132		1 674	100,0%

PROVENANCE DES SIGNALEMENTS TRAITÉS

Signalements	2019-2020				2020-2021				2021-2022			
	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%
Milieu familial												
Parent	164	71	235	5,1%	135	93	228	5,1%	147	65	212	4,0%
Fratrie	25	49	74	1,6%	33	43	76	1,7%	42	43	85	1,6%
Enfant lui-même	7	4	11	0,2%	4	5	9	0,2%	10	7	17	0,3%
Conjoint du parent	2	2	4	0,1%	9	7	16	0,4%	0	0	0	0,0%
Total Milieu familial	198	126	324	7,0%	181	148	329	7,3%	199	115	314	5,9%
Employés des différents organismes												
Employé d'un CJ	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
Employé d'un CSSS	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
Employé d'un CH ou médecin	137	122	259	5,6%	152	140	292	6,5%	174	127	301	5,7%
Employé d'un milieu de garde	9	4	13	0,3%	3	6	9	0,2%	18	3	21	0,4%
Employé d'un organisme	312	320	632	13,7%	342	356	698	15,5%	513	342	855	16,1%
Famille d'accueil	5	2	7	0,2%	1	3	4	0,1%	6	8	14	0,3%
Autres professionnels	22	8	30	0,7%	19	10	29	0,6%	35	13	48	0,9%
Source inconnue												
Employé d'un CI	278	259	537	11,7%	219	271	490	10,9%	253	226	479	9,0%
Total Employés des différents organismes	763	715	1 478	32,1%	736	786	1 522	33,9%	999	719	1 718	32,4%
Milieu scolaire	559	396	955	20,9%	515	308	823	18,3%	819	440	1 259	23,7%
Milieu policier	989	660	1 649	35,8%	973	560	1 533	34,1%	1 116	582	1 698	32,0%
Communauté												
Voisins	93	65	158	3,4%	144	97	241	5,4%	163	111	274	5,2%
Autres personnes	35	9	44	0,9%	35	13	48	1,1%	28	14	42	0,8%
Total Communauté	128	74	202	4,4%	179	110	289	6,4%	191	125	316	6,0%
Total	2 637	1 971	4 608	100,0%	2 584	1 912	4 496	100,0%	3 324	1 981	5 305	100,0%

ENFANTS AYANT FAIT L'OBJET D'UN SIGNALEMENT

	2019-2020						2020-2021						2021-2022					
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total
Enfants ayant fait l'objet d'au moins un signalement	910	1 266	642	371	19	3 208	932	1 300	581	326	21	3 160	973	1 468	811	465	0	3 674
Enfants ayant fait l'objet d'au moins un signalement retenu	469	582	225	89	8	1 373	450	564	255	102	10	1 381	430	548	261	95	0	1 322

NOMBRE D'ADOLESCENTS CONTREVENANTS ÉVALUÉS ET ORIENTÉS PAR LE DIRECTEUR PROVINCIAL

	2019-2020						2020-2021						2021-2022					
	12-13	14-15	16-17	18 et +	Total	%	12-13	14-15	16-17	18 et +	Total	%	12-13	14-15	16-17	18 et +	Total	%
Filles	0	1	10	3	14	13%	0	2	9	4	15	19%	1	3	4	3	11	15%
Garçons	5	33	38	22	98	88%	2	32	23	8	65	81%	8	24	21	9	62	85%
Total	5	34	48	25	112	100%	2	34	32	12	80	100%	9	27	25	12	73	100%

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2021-2022

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

2400, boulevard des Sources

Pointe-Claire (Québec)

H9R 0E9

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

Québec 