



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

Centre de santé et de services sociaux
d'Ahuntsic et Montréal-Nord



CRÉDITS

Rédaction : Carole Boulé
Stéphane Trépanier

Mise en page et révision linguistique : Amélie Beaulac

Juin 2015

Table des matières

1. Le message du président-directeur général.....	4
2. La déclaration de fiabilité des données	6
3. La présentation de l'établissement	7
3.1 Les caractéristiques	7
3.2 La mission	8
3.3 La vision et les valeurs.....	8
3.4 L'organigramme du CSSS	9
4. Le bilan de l'exercice 2014-2015	10
4.1 L'état de santé et de bien-être de la population.....	10
4.2 Les indicateurs généraux de santé	11
4.3 Les faits saillants par direction	13
5. Les activités de l'établissement	54
5.1 Les résultats obtenus – entente de gestion et d'imputabilité	54
5.2 L'amélioration continue de la qualité des soins et services	69
5.3 L'éthique clinique	71
5.4 La sécurité des soins et des services.....	75
5.5 La satisfaction des usagers et le respect de leurs droits	79
5.6 La consultation de la population et les sondages sur la satisfaction.....	81
6. Les conseils et les comités de l'établissement.....	82
6.1 Le conseil d'administration du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord.....	82
6.2 Le comité d'évaluation de la commissaire locale aux plaintes..... et à la qualité des services.....	82
6.3 Le comité d'évaluation de la directrice générale.....	82
6.4 Le comité de gouvernance et d'éthique	82
6.5 Le comité des ressources humaines.....	83
6.6 Le comité de révision	83
6.7 Le comité de vérification	83
6.8 Le comité de vigilance et de la qualité	83
6.9 Le conseil multidisciplinaire.....	83
6.10 Le conseil des infirmières et infirmiers	89
6.11 Le comité des usagers et les comités des résidents	92
6.12 Le comité de gestion des risques.....	103
7. Les ressources humaines du CSSS.....	105
8. Les états financiers.....	107
8.1 Le rapport de la direction	107
8.2 Le rapport de l'auditeur	108
8.3 Les états financiers.....	110
8.1 Les contrats de plus de 25 000 \$	137
9. Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	140

1. Le message du président-directeur général

L'année 2014-2015 s'est révélée une période charnière pour tout le milieu de la santé et des services sociaux au Québec. Une année qui a vu naître le projet de réforme majeure dans le réseau québécois et permis la création à Montréal de cinq grands établissements, dont le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, dont fait partie, depuis le 1^{er} avril, le Centre de santé et de services sociaux d'Achutesic et Montréal-Nord.

Nous avons eu à relever le défi d'améliorer notre performance – clinique, administrative et financière – afin de respecter le budget qui nous avait été alloué. Avec le constant soutien des membres du conseil d'administration et la pleine mobilisation de l'ensemble de l'organisation, nous nous sommes investis dans des réorganisations administratives, des révisions des pratiques et des regroupements d'équipes afin d'optimiser l'utilisation de nos ressources et ainsi maintenir et même accroître l'offre de services à la population.

Le 31 mars 2015, notre établissement était parvenu à terminer l'exercice en équilibre budgétaire tout en préservant l'accès aux services jusqu'à l'application des mesures prévues à la Loi 10, dont le paiement des indemnités de départ à la suite de l'abolition des postes des gestionnaires administratifs.

L'amélioration de la sécurité et de la qualité des services a également été au cœur de nos actions, ces efforts se reflétant dans les résultats obtenus à la suite de la visite d'Agrément Canada en mai 2014 et dans le plan d'action que nous nous sommes donné à la suite d'une visite d'évaluation de la qualité des milieux de vie dans trois de nos centres d'hébergement. Les principaux commentaires reçus attestent de l'amélioration continue des services aux résidents, de notre empressement à mettre en place les meilleures pratiques dans l'ensemble de nos centres d'hébergement et de notre engagement à promouvoir et respecter les droits des usagers.

Nous avons reçu la confirmation que notre établissement recevra son certificat d'*Entreprise en santé*, en mai 2015. Nous serons ainsi le premier CSSS à recevoir cette certification, à la suite d'une démarche débutée en 2012-2013. Ceci témoigne du succès de la multitude d'initiatives et d'activités afin de maintenir et d'améliorer l'état de santé de nos travailleurs, notamment par l'adoption de saines habitudes de vie. Ce certificat reconnaît également les réalisations collectives en matière d'amélioration du climat de travail et de la mobilisation de chaque membre de notre organisation. Nous pouvons être fiers de cette importante réalisation.

À la lecture du rapport de gestion 2014-2015, un fil conducteur se dégage : la volonté et la capacité des médecins, des gestionnaires et des employés de se dépasser pour le plus grand bénéfice des usagers. Leur engagement profond envers la mission du CSSS est une force qui nous caractérise. Des remerciements sont de mise envers les administrateurs de notre fondation, aux bénévoles et à nos partenaires du réseau local de services pour leur soutien et leur participation à nos projets.

Alors que le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord s'apprête à faire partie du Centre intégré universitaire de services de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, nous tenons à souligner le dévouement des membres du conseil d'administration. Ces administrateurs ont façonné notre histoire et ont préparé notre avenir. Nous les en remercions.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gfeller', with a stylized, flowing script.

Pierre Gfeller, MD
Président-directeur général
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

2. La déclaration de fiabilité des données

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Le président-directeur général,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gfeller', with a stylized flourish underneath.

Pierre Gfeller, M.D.

3.2 La mission

La raison d'être du CSSS s'appuie sur la responsabilité de l'état de santé et de bien-être de la population qui réside sur son territoire (responsabilité populationnelle), laquelle est le fondement du projet clinique. Elle prend son assise dans le sillage de la mission dictée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux dont les mandats principaux se résument ainsi :

- connaître l'état de santé et de bien-être de la population et assurer le leadership des actions visant à l'améliorer;
- coordonner et gérer les soins et les services de santé que la population requiert;
- assurer l'optimisation de la gamme de services offerts à la population;
- définir et actualiser le projet clinique et organisationnel pour son territoire avec la contribution des acteurs du réseau local de services et de la communauté;
- informer, consulter et mettre à contribution la population et mesurer sa satisfaction à l'égard des services offerts et des résultats obtenus.

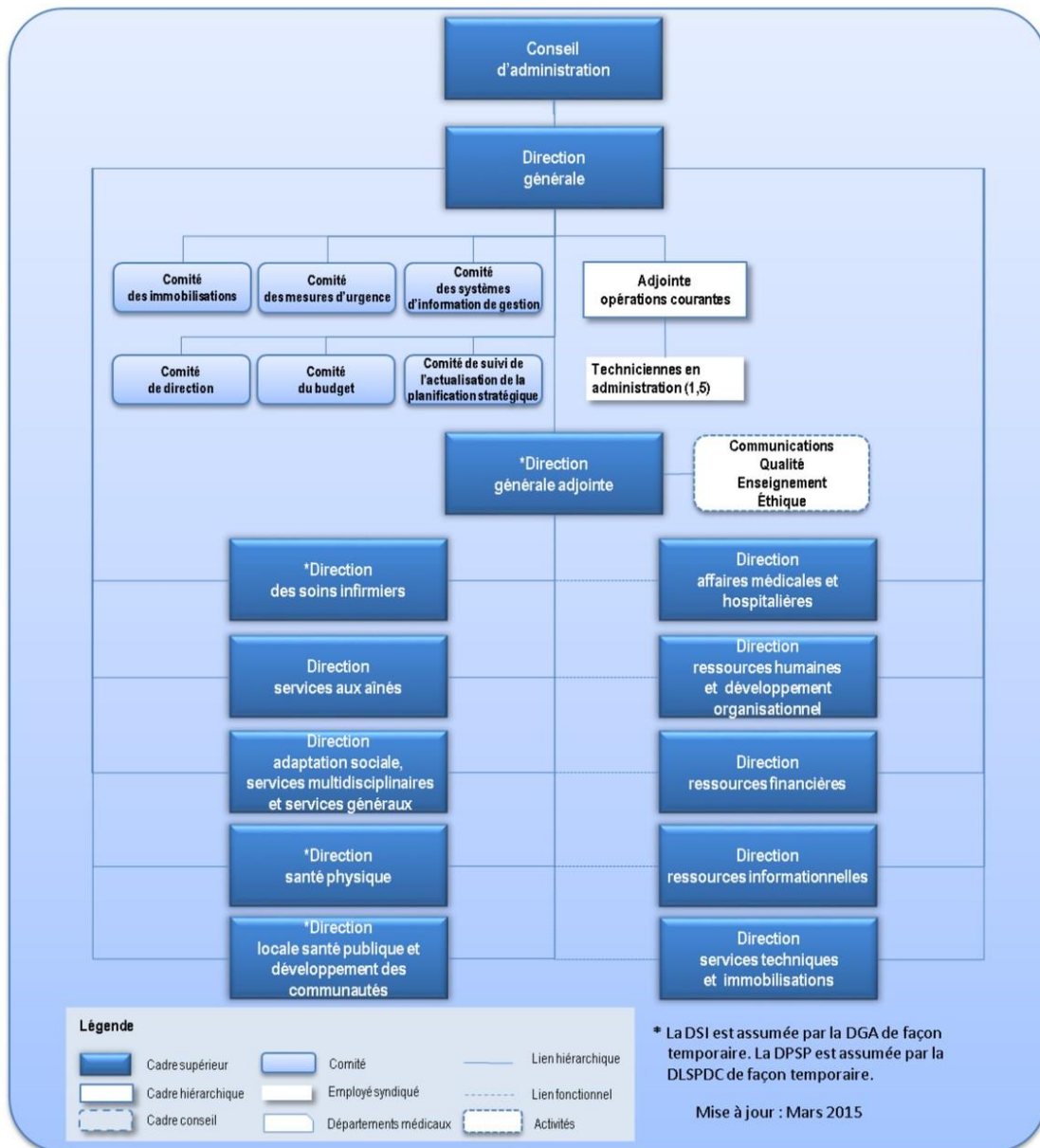
3.3 La vision et les valeurs

Le CSSS s'engage à ce que la sécurité, le rayonnement et l'excellence soient au cœur de sa vision. Pour ce faire, il doit compter sur :

- des personnes engagées et mobilisées pour le mieux-être de la clientèle;
- des pratiques de qualité et un environnement sécuritaire;
- une porte ouverte sur les besoins de sa population;
- un réseau intégré, des partenariats gagnants;
- une population informée et responsabilisée à l'égard de sa santé;
- une organisation socialement et écologiquement responsable.

La compassion, l'altruisme, la dignité, l'engagement et le respect sont les valeurs qui constituent la promesse de mieux servir la population du territoire.

3.4 L'organigramme du CSSS



4. Le bilan de l'exercice 2014-2015

4.1 L'état de santé et de bien-être de la population

Le Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord dessert une population estimée à plus de 165 000 personnes, ce qui le place 5^e en importance sur l'île de Montréal et qui représente 9 % de la population de l'île de Montréal, selon les données du recensement de 2011.

Le territoire du CSSS est situé dans la partie nord-est de l'île de Montréal. Il englobe le territoire municipal de Montréal-Nord ainsi que le quartier Ahuntsic de l'arrondissement Ahuntsic-Cartierville.

L'organisation des services de santé et des services sociaux s'inscrit dans un contexte populationnel particulier. Les conditions sociodémographiques et socioéconomiques qui caractérisent la population du territoire d'Ahuntsic et de Montréal-Nord influencent fortement sa santé et son bien-être et, par conséquent, modulent des attentes et des besoins spécifiques en matière de services de santé et de services sociaux.

De 2001 à 2011, la population du territoire a connu une croissance plus faible qu'à Montréal, ayant pour conséquence une diminution de sa représentation par rapport à l'ensemble de la population de Montréal. Toutefois, on observe que la population âgée de 0 à 19 ans ainsi que celle des aînés de 65 ans ou plus ont augmenté dans tous les territoires comparés. En 2011, on a pu dénombrer plus de 35 000 jeunes âgés de 0 à 19 ans ainsi que près de 30 000 aînés.

En revanche, la population adulte âgée de 20 à 64 ans a augmenté à Montréal, sur le territoire du CSSS ainsi qu'à Ahuntsic, mais elle a diminué à Montréal-Nord. En 2011, cette population atteignait presque 100 000 personnes dans le territoire du CSSS.

Légère hausse du nombre de naissances en 2013-2014

Le nombre de naissances dépasse les 2 000, et ce, année après année. Ce nombre important de naissances crée une pression accrue sur les services de périnatalité.

Immigration : croissance et diversité des origines

À l'échelle du territoire, la proportion de nouveaux immigrants est passée de 30,2 % en 2006 à 34,3 % en 2011, soit de 47 930 à 53 895 immigrants entre ces deux périodes. En 2011, les cinq principaux lieux de naissance de ces immigrants étaient Haïti, l'Italie ainsi que l'Algérie, le Maroc et le Liban.

Modalités de vie : hausse de la proportion de personnes en situation de vulnérabilité

Dans le cas des personnes vivant seules, on observe une hausse de leur nombre et de leur proportion entre 2006 et 2011 à l'échelle de l'île de Montréal et du territoire d'Ahuntsic, mais une baisse à Montréal-Nord et dans le territoire du CSSS.

Concernant les familles monoparentales, l'évolution de leur proportion de 2001 à 2006 suggère une légère hausse, puis, de 2006 à 2011, la tendance est à la baisse. Aussi, les proportions dans le territoire sont toutes plus élevées qu'à Montréal, et ce, depuis plus de deux décennies (données non présentées). Ainsi, en 2011, on dénombre près de 27 000 familles monoparentales dans les quartiers desservis par le CSSS.

Diminution du taux de la population de 15 ans et plus sans diplôme

De 2006 à 2011, tous les territoires de comparaison ont vécu une diminution de la population de 15 ans et plus sans diplôme. Une personne sur quatre en 2011 n'a aucun diplôme comparativement à trois personnes sur dix en 2006 dans le territoire du CSSS.

La proportion de la population de 15 ans et plus sans diplôme est de 25,8 % en 2011. Cette proportion est supérieure à celle qui prévaut à Montréal. Par ailleurs, la proportion est plus élevée à Montréal-Nord qu'à Ahuntsic.

Effectivement, en comparaison à ce qui prévaut à l'échelle de Montréal, le taux d'emploi et le revenu moyen après impôt sont moins élevés en 2011. Par ailleurs, le taux de chômage et la proportion de la population vivant sous le seuil du faible revenu y sont supérieurs.

4.2 Les indicateurs généraux de santé

Espérance de vie : les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes

L'espérance de vie à la naissance, à 65 ans ou en bonne santé est toujours supérieure chez les femmes en comparaison aux hommes, et ce, malgré le territoire de comparaison.

En comparant les territoires entre eux, on observe que, hormis chez les hommes à 65 ans, l'espérance de vie à la naissance et en bonne santé est inférieure à Montréal-Nord comparativement aux autres territoires.

Par ailleurs, pour tous les indicateurs d'espérance de vie, l'île de Montréal obtient une longévité plus grande comparativement à ce qui est observé tant à l'échelle du territoire, qu'à Montréal-Nord ou à Ahuntsic, suggérant une longévité moindre de la population desservie comparativement à l'ensemble des personnes vivant sur l'île de Montréal.

Maladies chroniques : grande clientèle âgée ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique

La prévalence des personnes aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique est plus élevée dans le territoire du CSSS qu'à Montréal. Par ailleurs, ce sont les personnes âgées de 75 ans et plus qui sont proportionnellement les plus touchées. La morbidité est élevée dans la majorité des cas. Enfin, la proportion des personnes aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique augmente avec la défavorisation matérielle.

Maladies chroniques : la prévalence du diabète varie selon le territoire et l'âge

La prévalence du diabète diagnostiqué chez les personnes de 20 ans et plus était de 8,7 % sur le territoire en 2009-2010. L'évolution de la proportion entre les périodes 2005-2006 et 2009-2010 suggère une hausse de 20 %, passant de 9 400 à 11 274 personnes. Cette hausse prévaut dans l'ensemble des territoires de comparaison.

Par ailleurs, la prévalence du diabète est toujours supérieure comparativement à ce qui prévaut sur l'île de Montréal. À l'échelle des secteurs, les proportions de diabétiques à Montréal-Nord sont toujours supérieures à celles des territoires de comparaison, alors que le contraire est observé pour le quartier d'Ahuntsic.

D'autre part, la prévalence du diabète diagnostiqué augmente avec l'avancée en âge. Ainsi, la prévalence est plus de dix fois plus élevée chez les 75 ans et plus (17,8 %), comparativement aux 20-44 ans (1,3 %), et ce, pour tous les territoires de comparaison.

D'autre part, la prévalence de l'hypertension artérielle diagnostiquée augmente avec l'avancée en âge. Ainsi, en 2009-2010, la prévalence est nettement plus élevée chez les 75 ans et plus (65 %), comparativement aux 20-44 ans (2,6 %), et ce, pour tous les territoires de comparaison.

Maladies chroniques : insuffisance cardiaque, un phénomène en baisse, mais toujours plus important qu'à Montréal

La prévalence de l'insuffisance cardiaque est plus élevée dans le territoire du CSSS qu'à Montréal. Par ailleurs, ce sont les personnes de 75 ans et plus qui sont proportionnellement les plus touchées. La morbidité est élevée dans la majorité des cas. Enfin, la proportion de personnes aux prises avec une insuffisance cardiaque augmente avec la défavorisation matérielle.

Des taux de suicide en baisse, mais toujours supérieurs à ceux de Montréal

Le taux ajusté de mortalité par suicide pour la période 2007-2011 est plus élevé que ce qui prévaut sur l'île de Montréal. Par ailleurs, l'évolution du taux ajusté de mortalité par suicide est à son plus bas, et ce, depuis la période 1990-1994. Par ailleurs, la proportion de personnes de 15 ans et plus parmi la population totale ayant eu des idées suicidaires sérieuses au cours de leur vie en 2005 est d'environ 11 % dans le territoire, ce qui

représente environ 15 000 personnes. Malgré cette baisse constante depuis le début de l'an 2000, le taux de suicide demeure quand même plus élevé qu'à Montréal.

4.3 Les faits saillants par direction

4.3.1 Direction générale adjointe

Les activités de recherche 2014 — 2015

Le CSSS assure la convenance locale de toute recherche effectuée au sein de l'établissement en regard de la pertinence et du respect de la population qu'il dessert et de sa vocation. Le comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal agit, dans le cadre d'une entente d'affiliation intervenue en 2008, comme comité d'éthique de la recherche central. Son rôle est d'évaluer les qualités éthiques, scientifiques et financières de tous les projets de recherche soumis au CSSS et d'en assurer le suivi continu du type passif.

L'ensemble du personnel et des médecins est invité à diriger au comité tout projet porté à son attention, peu importe sa provenance, et ce, même s'il a déjà reçu l'autorisation éthique d'un autre établissement.

Renouvellement des projets de recherche antérieurs à l'entente d'affiliation

Un suivi passif de ces projets est effectué, c'est-à-dire que le CSSS procède au renouvellement annuel des projets en demandant aux chercheurs de l'informer de tout changement survenu en cours d'année. Un seul projet a été renouvelé pour une durée d'une année.

Étude de nouveaux projets

Dix projets ont été étudiés. Quatre projets ont été acceptés, tant sur le plan de la convenance locale que de l'évaluation des qualités éthiques, scientifiques et financières. Deux projets ont été refusés. Les trois autres projets sont toujours en attente d'évaluation.

Enseignement

Stages

Cette année, le CSSS a accueilli 933 étudiants qui ont effectué 13 148 jours de stages afin de compléter leur formation. De plus, 80 étudiants de niveau universitaire, 281 de niveau collégial et 572 étudiants de formation professionnelle ont été reçus. Plus de 66 superviseurs de 25 disciplines différentes ont accueilli, encadré et transmis leurs connaissances aux stagiaires. Un engagement essentiel pour assurer la relève des professionnels et employés du réseau de la santé et des services sociaux.

DIRECTIONS	Nombre de STAGIAIRES		Nombre de JOURS	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
Services multidisciplinaires	107	103	2 545	2 478
Soins infirmiers	864	798	10 908	10 338
Affaires médicales et hospitalières	3	24	32	200
Services administratifs	1	2	15	49
Services techniques	3	6	75	83
TOTAL	978	933	13 575	13 148

4.3.2 Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux

La direction dans son ensemble

- Mise en place d'un cadre de référence sur l'encadrement clinique.
- Révision des processus de cheminement des demandes dans un contexte d'optimisation des ressources.
- Adoption et application des mesures de compression à la hauteur de plus de 1 million de dollars. Tous ces efforts se sont soldés par des résultats remarquables. Réduction de plus de 65 % le déficit annualisé qui est passé, en heures travaillées, de 27 500 à 9 375.
- Unification des départements de psychiatrie de l'Hôpital Jean-Talon et de l'Hôpital Fleury et nomination d'un chef de département conjoint.
- Regroupement des programmes de santé mentale adulte du CSSS d'Achutesic et Montréal-Nord et du CSSS du Cœur-de-l'Île.

- Augmentation des volumes d'activités enregistrés dans tous les programmes. Les résultats régionaux sur les volumes et les délais d'accès montrent que les services de la Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux se situent généralement en tête de file parmi les CSSS de la région de Montréal.
- Renouvellement de l'agrément du CSSS avec une augmentation du taux de conformité en lien avec la dernière évaluation. La Direction s'est distinguée par la qualité de son implication dans la communauté et par la proximité avec les acteurs des réseaux locaux de service.

Équipe des services multidisciplinaires

Rôle de vigilance, d'évaluation et de recommandation en regard de la qualité et de la sécurité des pratiques professionnelles

- Définition des orientations touchant divers aspects de la prestation des services qui ont conduit entre autres à des recommandations et avis sur :
 - utilisation des barres d'appui fixées au lit en hébergement;
 - utilisation d'enregistrements vidéo impliquant les usagers;
 - les obligations de l'établissement relativement à la langue utilisée dans le dossier de l'usager;
 - le réaménagement des douches dans certaines unités de l'Hôpital Fleury;
 - les critères d'accès au bain thérapeutique en ressource intermédiaire;
 - la politique relative à l'utilisation des aides à la mobilité motorisées en hébergement, etc.
- Accompagnement d'intervenants à la suite de l'identification des besoins ressortis lors d'audits, de plaintes, de préoccupations de gestionnaires ou encore en fonction de besoins de développement identifiés dans le cadre de réorganisations des services offerts dans certains programmes.
- Révision du programme de prévention des chutes du CSSS.

Rôle de promotion

- Maintien des liens avec les différentes instances qui permettent d'informer rapidement et de soutenir tout changement de pratique qu'imposent certaines lois et des règlements régissant les pratiques professionnelles ou tout impératif organisationnel.
- Promotion des pratiques prometteuses et des initiatives terrain telles que :
 - la création du Petit GPS;
 - ou encore le projet d'études doctorales d'une ergothérapeute sur les modalités de gestion efficiente des listes d'attente.
- Participation à la table régionale des conseillers des services multidisciplinaires, au comité paritaire CSSS-Centre jeunesse et au comité de suivi de l'Équipe Quartier.

Rôle d'encadrement professionnel

- Déploiement d'un nouveau modèle d'encadrement clinique.
- Élaboration et implantation d'outils de travail, notamment concernant la pondération de la charge de cas et de travail, la priorisation et le suivi du processus clinique.

Rôle dans le développement de la pratique, la formation et la recherche

- Organisation de multiples activités de formation formelle.
- Programmation de lunchs-conférences et de visioconférences s'adressant aux professionnels. Une attention particulière a été accordée à la santé des enfants en traitant notamment des troubles anxieux et des contextes de violence. Parmi les thèmes abordés :
 - la violence basée sur l'honneur;
 - l'intervention en situation de crise;
 - la thérapie cognitivo-comportementale;
 - la prévention du suicide;
 - les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires;
 - l'encadrement clinique et les outils soutenant sont actualisés. L'équipe des services multidisciplinaires a également été étroitement impliquée dans l'élaboration et le suivi du plan de développement des ressources humaines.
- Mise en place d'une programmation d'activités de coaching/développement des connaissances et des habiletés cliniques offertes aux stagiaires ainsi qu'à leurs superviseurs dans le domaine des services psychosociaux.

Directions adjointes

- Participation aux rencontres bilan avec la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île et la Commission scolaire English Montreal en lien avec l'entente entre le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement et de la Recherche et le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Participation au comité régional de déploiement de l'axe prévention/promotion Écoles et milieux en santé.
- Projet Approche multidisciplinaire intégrée en stimulation (AMIS)
 - Participation à la rédaction conjointe du rapport d'évaluation du projet AMIS avec les partenaires du CHU Sainte-Justine et de l'Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM.
 - Coordination avec le CHU Sainte-Justine de l'implantation de la plate-forme du Centre intégré du réseau en neuro-développement de l'enfant au CSSS qui permettra aux parents d'avoir, entre autres, accès à un ensemble d'outils de dépistage à compléter en ligne.
 - Coordination du comité de révision à l'interne du processus AMIS. Le mandat confié à ce comité est de revoir le processus du parcours des enfants qui présentent un retard de développement afin d'optimiser le travail des intervenants AMIS, d'éliminer les sources de gaspillage et de réduire les

délais d'attente. Un rapport sera déposé au début de l'année financière 2015-2016.

- Coordination avec la Direction des services techniques et immobilisation des travaux de la nouvelle signalisation au rez-de-chaussée du CLSC de Montréal-Nord à la suite des travaux d'aménagement de la clinique d'interruption volontaire de grossesse.
- Rédaction de la politique de soutien à la participation citoyenne.
- Mise à jour du protocole Marco avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'organisme communautaire Institut de recherche et d'informations socio-économiques.
- Participation à différents comités :
 - Comité Plan de développement des ressources humaines et Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux et Plan de développement des ressources humaines - cadre;
 - Comité aviseur prévention du harcèlement et des comportements de civilité et à la campagne « utilisation du français au travail »;
 - Comité de gestion des risques;
 - Comité des mesures d'urgence;
 - Comité équipement médical;
 - Comité Plan de conservation des équipements et du mobilier;
 - Comité Approche adaptée à la personne âgée.
- Coordination des travaux du groupe d'amélioration rapide 10 portant sur la révision du rôle de coordination.
- Travail en cours pour finaliser l'adaptation du modèle d'encadrement clinique dans chacun des programmes de la direction.
- Animation des rencontres des spécialistes en activités cliniques et des infirmières cliniciennes assistantes du supérieur immédiat de la Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux afin d'harmoniser entre autres la grille de priorité et d'assurer le suivi de l'implantation du modèle d'encadrement clinique dans la direction.
- Participation à la rédaction du rapport d'état de situation portant sur l'organisation des services pour la clientèle présentant une déficience physique déposé à la Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux et à la Direction des services aux aînés.
- Coordination des travaux en prévision de l'arrêt de la garde en CLSC conjointement avec les chefs de la Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux et l'adjointe à la Direction des services aux aînés et élaboration de plans de substitution pour la liste de rappel et l'élaboration de protocoles d'intervention pour la valise de garde virtuelle mise à la disposition des directeurs.

Programmes d'adaptation sociale

Programme jeunes en difficulté

- Implantation de l'encadrement clinique.
- Réorganisation du guichet jeunesse unifié.
- Consolidation de la programmation régulière des activités des équipes des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.
- Mise en place d'une démarche de recherche/bilan par les partenaires de Montréal-Nord pour la mise en œuvre le programme Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance - Création d'environnements favorables. Un cadre de référence sera adopté en lien avec les recommandations émanant de ce bilan.
- Création de groupe OLO depuis janvier 2015 pour la clientèle de Montréal-Nord.
- Élargissement des services en nutrition pour toute la clientèle 0 – 5 ans.
- Présentation de quatre ateliers de stimulation sur l'attachement parent-enfant en collaboration avec le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire : 26 enfants et 30 parents ont été rejoints.
- Présentation par l'équipe d'intervention éducative précoce « équipe centre de la petite enfance-garderie » de la formation « Éduquer au quotidien » à trois reprises aux éducatrices en milieu de garde. Ont été rejointes 67 éducatrices dans 16 milieux de garde différents.
- Organisation de deux rencontres annuelles avec les Tables locales de concertation CPE-garderies/CSSS afin de concerter les actions et de mieux répondre aux besoins de ces partenaires. Le protocole d'entente entre le CSSS et les CPE-Garderie de Montréal-Nord datant de 2005 fait présentement l'objet d'une révision.
- Réalisation de travaux importants, de concert avec la direction adjointe de la Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux, afin d'optimiser l'offre de service et d'harmoniser les pratiques entre l'équipe jeunes en difficulté et l'équipe de stimulation précoce. Cela a permis de clarifier l'offre de service psychosocial à cette clientèle, de consolider le mandat du programme jeunes en difficulté et de confirmer son rôle de porte d'entrée des services vers la 2^e ligne.
- Clarification et consolidation de l'offre de service auprès des enfants ayant des retards légers à modérés et leurs parents.
- Maintien d'une travailleuse sociale à temps plein à la Clinique de pédiatrie sociale de Montréal-Nord, favorisant ainsi les services de proximité.
- Entrée en vigueur pour trois ans de l'entente de partenariat avec les écoles du territoire négociée avec les trois commissions scolaires.
- Poursuite des activités du projet « Ahuntsic uni, jeunesse en harmonie ».
- Poursuite de la démarche du laboratoire de santé publique en jeunes en difficulté pour une troisième et dernière année dans le but d'améliorer les pratiques et de répondre aux besoins des familles de jeunes de 6 à 18 ans. Les habitations à loyers modiques des quartiers d'Ahuntsic et de Montréal-Nord ont été ciblées.

Plusieurs interventions en partenariat avec la communauté ont été réalisées en accord avec les priorités établies, soit « Soutenir la parentalité et le développement des enfants de 6 à 12 ans; adapter la réponse aux besoins des familles immigrantes; offrir un soutien à des initiatives qui favorisent l'autonomie et l'inclusion socio-économiques des familles. »

- Présentation d'une formation sur l'intervention auprès des familles d'immigrants de deuxième génération aux intervenants du CSSS et de la communauté.
- Poursuite des suivis à long terme des retraits/placements prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux amorcés en avril 2013. En plus du suivi de plusieurs placements en cours, sept nouveaux placements ont été effectués.
- Participation à la mise sur pied du comité « Père » constitué d'organismes communautaires de Montréal-Nord. Ce comité offre une formation pour outiller les intervenants (20) à adapter leur pratique à la réalité des pères, en collaboration avec le Regroupement de la valorisation de la paternité. Au début de l'année 2015, ce comité s'est lié officiellement à la table de la petite enfance de Montréal-Nord et s'est doté d'un nom officiel : le comité paternité de Montréal-Nord.
- Rédaction du plan de réalisation locale du programme-cadre en négligence « Alliance » et dépôt à la coordination régionale.
- Maintien d'une spécialiste en activité du programme jeune en difficulté sur le comité sous régional nord dans le cadre du protocole de collaboration pour enfants exposés à la violence.
- Réponse de l'équipe Crise-Ado-Famille-Enfance à 103 demandes et organisation conjointe avec les centres jeunesse d'un groupe de gestion de la colère qui a rejoint cinq familles.
- Gestion des camps de vacances pour les jeunes suivis au CSSS : 186 enfants ont bénéficié de cette ressource au cours de la dernière année.
- Apport des membres de l'équipe jeunes en difficultés à différents comités :
 - Comité sous régional sur les enfants exposés à la violence;
 - Conseil multidisciplinaire;
 - Table petite enfance d'Ahuntsic;
 - Table Ahuntsic Uni, Jeunesse en harmonie;
 - Table jeunesse de Montréal-Nord;
 - Comité paternité de Montréal-Nord.

Programme déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement social 0-100 ans, soutien à la famille, déficience physique sociale 0-17 ans, stimulation précoce et santé mentale jeunesse

Programme santé mentale jeunesse

Les objectifs du programme consistaient à consolider l'offre de service et à augmenter l'accès aux services en diminuant les délais de prise en charge des jeunes et de leur famille. Pour ce faire, plusieurs actions ont été réalisées.

- Promotion des services auprès des partenaires à l'interne : Accueil, Évaluation, Orientation, Référence, jeunes en difficulté, planification familiale, infirmières des groupes de médecin de famille et la table du Département régional de médecine générale.
- Accueil de deux partenaires, l'Institut Pacifique et La clé des Champs, dans le but de mieux faire connaître les services et de nouer des liens avec le milieu communautaire.
- Organisation avec l'école Sophie-Barat d'une journée de sensibilisation sur le suicide offert par « Solidaire pour la vie ».
- Poursuite de la supervision des intervenants de l'HLM St-Sulpice en collaboration avec le programme jeunes en difficulté.
- Implication dans le projet « Ma vie en premier » avec l'organisme communautaire l'Escale.
- Travail sur le plan d'action en dépendance.
- Mise en place de l'encadrement clinique. Un meilleur roulement est observé dans les charges de cas, ce qui contribue à réduire le temps d'attente. Ainsi, l'accès aux services s'en trouve amélioré.
- Participation à la mise sur pied du guichet unique 0 – 17 ans.
- Maintien de la collaboration avec l'Hôpital Rivière-des-Prairies permettant une meilleure fluidité dans le continuum de services offerts aux usagers. Pour une troisième année consécutive, les intervenants de l'équipe ont aussi bénéficié de supervisions offertes par deux pédopsychiatres de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.
- Au cours de l'année, 448 demandes de services ont été reçues et traitées.

Programme DI-TSA 0-100 ans et DP 0-17 ans social

- Diversification de l'offre de service afin de mieux répondre aux besoins des clients grâce à l'embauche d'une psychoéducatrice et à la transformation d'un poste de travailleuse sociale en deux postes à temps partiel, soit une technicienne en travail social et une éducatrice spécialisée. Un budget de développement octroyé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a permis le réajustement.
- Poursuite des travaux pour favoriser un accès plus fluide et une meilleure continuité des services pour la clientèle.
- Formation de tous les intervenants du programme sur la nouvelle orientation nationale du Ministère concernant l'évaluation des besoins en lien avec le soutien à l'autonomie pour la clientèle en Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Ces changements ont un impact sur les services directs auprès de la clientèle qui ont été affectés par l'ajout de tâches administratives.
- Modification aux modalités d'administration de la subvention « soutien à la famille ». L'évaluation annuelle est désormais faite par la poste. Toutefois, les nouveaux clients sont évalués en personne, tout comme ceux traversant une phase de transition (annonce du diagnostic, entrée à l'école primaire, transition vers le secondaire et à la majorité).

- Des services ont été offerts à plus de 624 clients au cours de la dernière année, incluant ceux pour la subvention de soutien à la famille.

Équipe stimulation précoce

- Création de liens avec des organismes communautaires proposant des activités de stimulation précoce (Centre de pédiatrie sociale, Entre-parents, Pause famille).
- Mise sur pied avec l'équipe Jeunes en difficulté d'un sous-comité pour identifier certaines lacunes dans les processus et y apporter des correctifs, permettant ainsi de réduire grandement les délais d'attente.
- Collaboration avec le programme du Centre intégré du réseau en neuro-développement de l'enfant à la création d'une plateforme informatique avec divers tests de développement à laquelle pourront accéder les parents inquiets du développement de leur enfant afin de trouver l'accompagnement et le soutien nécessaires. La variété des tests disponibles augmenterait la justesse du dépistage et permettrait une orientation plus rapide. Le temps passé par les intervenants en clinique d'observation pourrait être réduit et permettrait d'augmenter les interventions directes auprès de la clientèle présentant des retards de développement légers/modérés.
- Poursuite des travaux afin de mieux définir les services de première ligne en collaboration avec les CHU pédiatriques partenaires. L'objectif est d'assurer une fluidité et un continuum de services efficaces auprès des jeunes enfants 0-5 ans présentant des retards de développement.
- Organisation de 42 cliniques d'observation et d'orientation permettant de procéder à l'évaluation sommaire de 103 enfants.
- Intervention auprès de 248 enfants différents au cours de la dernière année.

Services généraux

Les services de santé courants

Services courants

- Rénovation majeure des espaces aux services courants du CLSC d'Ahuntsic. Ces travaux ont permis l'augmentation du nombre de locaux disponibles et l'aménagement d'une salle de traitement afin de recevoir le nombre grandissant de patients nécessitant des traitements intraveineux.
- Participation active à l'exercice de révision des processus de cheminement des demandes pour tous les programmes de la Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux.
- Mise en place d'une démarche rigoureuse d'encadrement clinique pour tous les intervenants.
- Suivi systématique des demandes de services, des assignations dans le sous-programme et de la révision des charges de cas par les infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat.

- Uniformisation de la liste de matériel médical utilisé aux services courants, uniformisation des pratiques de gestion des commandes et standardisation des pratiques cliniques en lien avec l'utilisation du matériel médical.
- Développement d'une nouvelle expertise clinique en matière de soins de plaie : le débridement. Formation de base offerte à quatre infirmières cliniciennes du programme.
- Un total de 4 746 patients différents ont été traités, ce qui représente une augmentation de 1,38 % par rapport à l'année dernière. Le nombre total d'interventions distinctes a augmenté de 4,8 %.

Équipe prélèvements

- Décision de fusionner des équipes des centres de prélèvement CLSC avec l'équipe des laboratoires de l'Hôpital Fleury à compter du printemps 2015.
- Réalisation au CLSC de Montréal-Nord d'un projet d'optimisation pour améliorer les processus cliniques et réduire le temps d'attente. Les résultats préliminaires indiquent déjà une diminution du nombre de plaintes concernant ce secteur.
- Fluctuation du volume de clientèle :
 - Le CLSC d'Ahuntsic présente une légère diminution de 0,4 % : 26 241 patients ont été vus pour une moyenne de 103 patients par jour.
 - Le CLSC de Montréal-Nord montre une augmentation de 5 % de sa clientèle.
 - 32 852 patients ont été vus pour une moyenne de 130 patients par jour.

Équipe des groupes de médecine familiale

- Poursuite du développement de l'équipe des infirmières en groupe de médecine de famille.
- Octroi au groupe de médecine de famille Ahuntsic d'un budget ayant permis à deux infirmières auxiliaires de vivre une expérience de travail en groupe de médecine de famille pour une période de six mois dans deux cliniques du secteur.
- Durant la période de grippe, la mobilisation exemplaire de l'équipe du groupe de médecine de famille et clinique-réseau Desy a permis l'ouverture de la clinique de grippe pendant deux semaines.
- Mise en place du projet de « Table de Collaboration groupe de médecine de famille / CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord » grâce à l'octroi d'un budget par l'Agence de Montréal. Cela a permis l'embauche d'une chargée de projet pour trois ans.

Équipe GACO

- Prise en charge par un médecin de famille de 4 457 patients du territoire, dont 1 738 patients vulnérables.
- Augmentation de 66 % du nombre d'inscriptions en ligne par le biais du site Internet du CSSS.

- Déménagement de l'équipe du Guichet d'accès à un médecin de famille au CLSC d'Ahuntsic.

Le Centre d'enseignement en gestion de la maladie chronique

- Octroi d'un financement récurrent de 40 000 \$ à la suite du dépôt d'un projet à l'Agence de Montréal pour le développement du volet maladies pulmonaires obstructives chroniques qui permettra d'accueillir 80 nouveaux patients.
- Révision du contenu et de la séquence des cours de groupe. La nouvelle offre de cours a permis d'augmenter de façon significative l'assiduité et la satisfaction de la clientèle du programme. D'autres changements sont à prévoir afin d'intégrer la clientèle atteinte de maladie pulmonaire obstructive chronique.
- Réception de 300 références cette année, dépassant ainsi la cible de 50 demandes.

Services à la petite enfance, aux jeunes et à leurs familles

Santé parentale et infantile

- Légère augmentation des naissances qui passent de 2 250 à 2 275.
- Augmentation du nombre de consultations en périnatalité effectuées par les infirmières à domicile ou au CLSC (clinique de consultation infirmière). Les usagers différents passent de 3 708 à 3 821 et le nombre d'interventions de 4 963 à 6 364.
- Réorganisation du service en périnatalité pour optimiser la prestation de service auprès de la clientèle. Ce réaménagement se traduit par une nouvelle répartition des visites postnatales à domicile.
- Amélioration de l'accessibilité du service d'immunisation pour les tout-petits âgés de 0 à 6 ans et diminution du délai d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous.
- Couverture vaccinale
 - La cible identifiée dans l'entente de gestion auprès du Ministère qui établit que 90 % des enfants doivent recevoir leur 1^{re} dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais (2 mois) sera atteinte selon l'estimation à la période 9 et même dépassée dans une proportion de 93,3 % à la fin de l'année financière en cours.
 - La cible de l'entente de gestion avec la santé publique en immunisation voulant que 80 % des enfants reçoivent leur 1^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C à l'âge de 12 mois ne sera pas atteinte. Les résultats cumulatifs obtenus à la période 9 estiment que 73,4 % des enfants recevront leur 1^{re} dose de vaccin à l'âge de 12 mois. Malgré les moyens mis en place pour favoriser l'accès à la vaccination pour ce groupe d'âge, une proportion de la clientèle ne respecte pas l'intervalle vaccinal requis à 12 mois.
- Poursuite de l'immunisation des bébés prématurés vulnérables au virus respiratoire syncytial. 38 nouveau-nés ont été immunisés durant l'hiver 2014-2015.

- Réalisation de 467 interventions par les infirmières à la clinique Multi-Santé de novembre 2013 à novembre 2014.
- Mise en place d'un modèle de travail en interdisciplinarité pour les soins de santé de pédiatrie en CLSC grâce à l'établissement d'un partenariat entre médecins pédiatriques et infirmières de la petite enfance pour les secteurs d'Ahuntsic et de Montréal-Nord.
- Mise à jour du contenu des cours prénataux et développement d'une formule d'enseignement et d'animation interactive entre l'infirmière et la clientèle.

Santé scolaire

- Poursuite du programme régulier d'immunisation contre le virus de l'hépatite B (VHB – VHA) et du papillome humain (VPH) dans les classes de 4^e année et du 3^e secondaire d'environ 50 écoles.
- Présentation de plusieurs formations de promotion et de prévention de la santé auprès des jeunes du primaire et du secondaire, en partenariat avec le ministère de l'Éducation dans le cadre de l'approche « École en santé ».

Hygiénistes dentaires

- Dépistage dentaire systématique des élèves de niveau primaire pour les classes de prématernelle, maternelle, 1^{re} et 2^e années touchant 6 000 élèves.
- Suivi bisannuel des enfants en milieu scolaire.
- Baisse légère de la moyenne des interventions en raison d'une réorganisation des services de prévention en hygiène dentaire en milieu scolaire qui passent de 1 501 à 1 307.

Santé jeunesse / planning

- Regroupement des services offerts en clinique jeunesse/planning dans le territoire sur le site du CLSC de Montréal-Nord.
- Dépistage de 1 086 infections transmises sexuellement et par le sang. Malgré ce nombre important de dépistages, la cible visée de 1 546 dépistages suivant les ententes de gestion de l'Agence de santé et des services sociaux ne sera pas atteinte. Les prévisions indiquent que seulement 1 295 dépistages seront réalisés. Malgré tous les efforts déployés pour rejoindre la clientèle, la non-compliance aux rendez-vous réduit de beaucoup les interventions et les suivis après dépistage.

Planification des naissances – Volet interruption volontaire de grossesses

- Achat de nouveaux équipements médicaux et réaménagement des locaux de la clinique d'interruptions volontaires de grossesses, incluant une salle supplémentaire d'interventions. Une hausse moyenne de quatre interruptions volontaires de grossesses par semaine est prévue, ce qui devrait permettre l'atteinte de l'objectif de 637 interruptions volontaires de grossesses pour l'année 2015-2016.

Services psychosociaux généraux, équipe quartier et les services d'accueil, évaluation, orientation et référence

Les services psychosociaux généraux

- Réduction de l'équipe d'intervenants de 11,4 à 10,4.
- Réduction des heures d'ouverture au CLSC d'Ahuntsic de 5 heures/jour, principalement en soirée; le CLSC de Montréal-Nord assure le traitement des urgences.
- Traitement de 10 201 demandes auprès de 110 usagers ayant généré un total de 2 410 interventions. Les résultats sont similaires à l'année 2013-2014 en ce qui concerne le nombre de demandes traitées, mais en légère baisse quant au nombre de clients rencontrés.
- Augmentation des délais d'accès de traitement de la demande qui sont passés de 2,1 jours (période 7) à 2,7 jours (période 10) et du délai moyen d'intervention, entre la décision et la première intervention, qui est passé de 11,9 à 16,9 jours. Le retrait de 35 heures de service explique l'écart des délais d'intervention entre les deux années financières.
- Traitement de 37 demandes au programme Alco-Choix+, soit le même nombre qu'en 2013-14.
- Révision de la saisie de données dans le I-CLSC.
- Tenue de trois rencontres avec les partenaires : Halte-Femmes, Société St-Vincent de Paul de St-Paul-de-la-Croix, Entraide Ahuntsic-Nord.
- Présentation des services du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord aux écoles de la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île, à Entraide Ahuntsic-Nord ainsi qu'au Centre d'action bénévole.
- Formations données sur l'intervention en situation de crise, la prévention du suicide et bonnes pratiques, l'intervention dans les cas d'encombrement, l'intervention auprès des hommes, les principes OMEGA et sur la dépendance.

Accueil et réception en CLSC

- Accueil et réception de Montréal-Nord :
 - Réorganisation des tâches des agentes administratives à la suite d'une coupure de 28 heures dans la prestation des services à la clientèle.
 - Réaménagement des aires communes de service pour un accès plus rapide aux outils nécessaires au travail des agentes administratives.
- Accueil et réception d'Ahuntsic :
 - Réaménagement physique complet des lieux de l'accueil/réception et de la salle d'attente.
 - Réaménagement des tâches et reconfiguration des postes de travail.
 - Formation sur la pacification offerte à cinq employées de l'accueil/réception.

	Ahuntsic		Montréal-Nord	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
Authentification des cartes RAMQ	4 867	4 868	7 697	7 929
Clientèle reçue en CLSC pour rendez-vous dans les différents programmes	26 806	18 195	37 399	24 438

Centres de prélèvements

- Centre de prélèvements de Montréal-Nord :
 - Accueil de 32 852 personnes pour une moyenne de 131 clients par jour. En 2013-2014, 31 199 personnes se sont présentées pour une moyenne de 124 clients par jour.
 - Mise à jour des procédures.
 - Amélioration du suivi des erreurs commises au centre de prélèvements et de la qualité de la saisie.
 - Mise en place de mesures pour diminuer le temps d'attente.
- Centre de prélèvements d'Ahuntsic :
 - Accueil de 26 041 personnes pour une moyenne de 105 clients par jour. En 2013-2014, 26 143 personnes se sont présentées pour une moyenne de 105 clients par jour.
 - Rehaussement du programme, mise à jour du cahier des procédures et mise en place de nouvelles procédures concernant le transport des prélèvements et la double identification des usagers.
 - Ajout de la centrifugation au processus du traitement des prélèvements.

Accueil périnatalité

- Analyse de 3 112 demandes, soit 66 de plus que l'année dernière.
- Traitement d'environ 500 demandes pour des cours prénataux.
- Uniformisation des modalités de traitement des demandes.
- Déménagement des infirmières de l'accueil périnatalité à Montréal-Nord afin de favoriser la proximité avec le guichet d'accès jeunesse.

Optimisation du traitement des demandes

- Déménagement de l'accueil périnatalité, de l'accueil psychosocial téléphonique et des agents de liaison dans un même espace.
- Mise à niveau de l'entrée des demandes dans le I-CLSC.
- Révision des processus de travail.
- Révision et uniformisation du travail des agents de liaison.

Équipe quartier

- Réduction des effectifs de l'équipe qui passent à trois marcheurs.
- Réorganisation du travail.
- Organisation de rencontres avec différents partenaires, dont Parole d'Exclues, le Service de police de la Ville de Montréal (projet-pilote équipe multidisciplinaire de référence en itinérance) et la Direction de la protection de la jeunesse pour échanger sur des problématiques particulières et convenir de plans de service.
- Travail de collaboration avec l'équipe du soutien à domicile pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées nécessitant des soins urgents dans le territoire
- Soutien aux concierges, aux propriétaires et aux locataires aux prises avec des problèmes de punaises.
- Rencontres avec Médecins du Monde pour favoriser les collaborations entre leurs services et ceux offerts par les services à la petite enfance, aux jeunes et à leur famille afin d'aider les citoyens « sans papier » nécessitant des soins médicaux.
- Traitement d'une trentaine de demandes hors secteur afin d'offrir une réponse rapide à des clientèles vulnérables inconnues pour qui des services du CSSS sont requis.
- Participation d'une intervenante à la communauté de pratique initiée par des chercheurs français et la Direction de la protection de la jeunesse qui étudient la nature des collaborations entre les programmes du CSSS et la Direction de la protection de la jeunesse.
- Participation d'un intervenant à la communauté de pratique du CSSS de Sherbrooke — Institut universitaire sur l'implantation d'une approche de proximité dans les CSSS par un accès Web.
- Intervention auprès de 421 adultes et enfants, dont 65 familles sur un ensemble de problématiques. En tout, 2 316 interventions ont été effectuées auprès de la clientèle et 1 143 interventions ont été faites en concertation avec les partenaires (416 partenaires internes et 727 externes).
- Formation reçue sur les dépendances, l'intervention de crise et les situations délicates.
- Participation au comité de suivi de l'approche milieu.

Violence conjugale

- Participation aux travaux de la table de concertation en violence conjugale secteur nord de Montréal.
- Traitement de 318 références provenant des services de police (75 à Ahuntsic et 243 à Montréal-Nord), un chiffre comparable à l'année 2013-2014; 30 % de la clientèle référée accepte un suivi psychosocial.
- Formation de sensibilisation à la violence conjugale et à l'impact sur les enfants offerte conformément au Plan d'action du Ministère à sept intervenants provenant principalement des services à la petite enfance, aux jeunes et à leur famille.

- Participation aux rencontres du Service de police de la Ville de Montréal sur le plan d'action en matière de violence conjugale et à l'élaboration d'un plan d'action dans le territoire de Montréal-Nord.

Programme de santé en milieu carcéral

Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang

- Intervention psychosociale auprès de 262 détenus, une augmentation de 15 % par rapport à l'année précédente.
- Intervention de soins de santé auprès de 854 détenus, une augmentation de 6 % par rapport à l'année 2013-14.
- Réorganisation de l'espace de travail à l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies.
- Adaptation des formulaires psychosociaux à la pratique en milieu carcéral.
- Amélioration de la présentation au groupe d'accueil de l'établissement de détention de Rivière-des-Prairies
- Participation à la table sous-régionale sur l'itinérance.
- Participation à la rencontre nationale sur la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang en milieu carcéral.

Service de santé à l'établissement de détention Maison Tanguay

- Intervention psychosociale auprès de 1320 détenues, une augmentation de 17 % par rapport à l'année précédente.
- Réorganisation de la réserve de médicaments au commun (rangement, cartable des narcotiques et réorganisation de la réserve de fournitures médicales.
- Rédaction des procédures de travail.
- Révision de certains processus, dont le traitement des mémos, la préparation et distribution de médicaments, etc.
- Révision de l'horaire de travail pour permettre un meilleur partage des effectifs et d'éviter le recours aux heures supplémentaires.

4.3.3 Direction du programme de santé physique

La direction dans son ensemble

- Création de trois continuums de soins à l'Hôpital Fleury à l'été 2014 :
 - Le continuum de soins critiques correspondant à la fusion de l'urgence et des soins intensifs;
 - Le continuum de chirurgie correspondant à la fusion de l'unité de soins de chirurgie au 3^e des chirurgies d'un jour et des cliniques externes spécialisées;
 - Le continuum de médecine correspondant à la fusion des unités de soins des 4^e, 6^e et 7^e étages;
 - Le rehaussement des structures a été réalisé avec la création de 43 postes en santé physique.

Main-d'œuvre indépendante

- En 2013-2014, une moyenne de 138 heures de main-d'œuvre indépendante/jour, pour un total de 50 531 heures (2 937 207 \$).
- Avec la collaboration de la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel, mise en place un plan de redressement de la main-d'œuvre indépendante, dont :
 - la dotation des postes dans les secteurs où la main-d'œuvre indépendante était présente (soins intensifs, coronariens et complexes et urgence);
 - la surdotation pour combler les absences quotidiennes sur les unités de soins;
 - des formations accélérées pour les secteurs nécessitant des expertises spécialisées;
 - des horaires équilibrés pour répartir les besoins en ressources et maximiser la disponibilité des employés.
- En 2014-2015, une moyenne de 84 heures de main-d'œuvre indépendante/jour pour un total de 30 750 heures soit une diminution de 39 %.
- Montant versé aux agences de 1 610 411 \$, soit une diminution de 45 %.
- Pour les trois dernières périodes de l'année, une moyenne de 26 heures/jour (diminution de 81 %).

Continuum des soins critiques

Urgence

- L'urgence de l'Hôpital Fleury dessert une population d'environ 165 000 habitants, laquelle est surtout constituée de jeunes familles multiculturelles immigrantes.
- Une part de plus en plus importante de cette population est représentée par des personnes du troisième âge en perte d'autonomie.
- Afin d'ajuster l'offre de service pour cette clientèle qui nécessite une attention particulière, le CSSS a ajouté à l'équipe de l'urgence une intervenante réseau qui, le plus rapidement possible, dès l'arrivée des patients de plus de 75 ans, identifie les besoins de services en externe, établit un lien avec les partenaires de la première ligne, et ce, afin de prévoir un congé sécuritaire et de qualité pour la clientèle en perte d'autonomie.
- Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'urgence de Fleury a connu un taux d'occupation moyen sur civières de 129 % pour l'année 2014-2015.
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 28,4 à 24,6 heures, ce qui représente une diminution de 4,2 heures.
- Depuis le mois de septembre 2014, des travaux de collaboration importants ont été réalisés pour diminuer le recours à la main-d'œuvre indépendante. Grâce aux efforts déployés, une diminution de 57 % l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante a été réalisée.

- Des efforts soutenus devront être maintenus dans la prochaine année pour stabiliser la main-d'œuvre à l'urgence et améliorer davantage les indicateurs de séjours.

Soins intensifs

- L'unité des soins intensifs aura vécu une année charnière en matière de stabilisation de la main-d'œuvre.
 - En septembre, plusieurs employés ont été recrutés et des efforts importants d'intégration auront été déployés par l'équipe en place.
 - Après la création du continuum des soins critiques en novembre, plusieurs employés des soins intensifs auront reçu une orientation à l'urgence pour augmenter la mobilité des équipes au sein du continuum.
- Grâce aux efforts déployés et à l'implication de l'équipe des soins intensifs, le recours à la main-d'œuvre indépendante aux soins intensifs a diminué de 67 %.

Continuum de chirurgie

- L'unité de chirurgie compte 20 lits de chirurgie et 12 lits de débordement prévus pour l'urgence et les cas de débordement de chirurgie.
 - Grâce à la collaboration étroite du Département de pharmacie, l'installation du Pyxis dans les unités de soins a optimisé l'accessibilité de la médication et la gestion des nouvelles prescriptions.
- Chirurgie de la cataracte : Le nombre de chirurgies des patients provenant de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont n'a pas atteint la cible prévue de 2 100, dû à un délai au renouvellement de la zone franche. Donc, 1 456 cas ont été faits cette année, comparativement à 2 193 pour l'année 2013-2014.
 - Pour l'hôpital Fleury, la cible était de 2 100 et 2 240 cas ont été faits. Ceci est une nette amélioration comparativement à l'année dernière où 2 062 ont été faits. Il y a une meilleure stabilité du personnel et les bénévoles continuent d'être de précieux collaborateurs à l'accueil de la clientèle dans ce secteur.
- Unité de chirurgie d'un jour (8^e) : il y a eu 2 078 chirurgies d'un jour comparativement à 1 705 cas durant la dernière année.
- Clinique de préadmission : déménagement de l'unité de préadmission au 8^e étage.
- Clinique externe : certaines chirurgies mineures sont maintenant pratiquées à la clinique externe. Pour assurer la relève et le soutien quant aux besoins de main-d'œuvre, la présence des infirmières auxiliaires est en croissance à l'intérieur des équipes de travail.
- Inhalothérapie-électrophysiologie : visite d'inspection de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec les 9 et 10 septembre 2014. Le Service a reçu des commentaires élogieux des inspecteurs. Il a un taux de conformité de 71 %, et des taux de 11 % de semi-conformité et de 18 % de non-conformité. À la suite de la rédaction du plan d'action, plus de 95 % des correctifs ont été apportés.

Continuum de médecine

- Le continuum a vécu plusieurs périodes de pointe surtout lors de l'utilisation des lits de débordement afin de permettre le désengorgement de l'urgence.
- La clientèle des unités du continuum de médecine peut être atteinte de problèmes cognitifs, de troubles de comportement et à risques de fugue, entraînant ainsi le recours à l'utilisation de services privés afin de permettre une surveillance étroite et d'assurer la sécurité du client lui-même et/ou des autres usagers des unités.

Accueil clinique

- Mise en place d'un accueil clinique qui constitue la première phase de développement de ce guichet d'accès entre la première et la deuxième ligne et s'inscrit dans la mise en œuvre du projet clinique.
 - Il est accessible aux médecins du territoire qui désirent une prise en charge de leur clientèle présentant une condition clinique subaiguë dans un délai de 24-72 heures ouvrables.
 - 13 conditions cliniques sont couvertes et les travaux se poursuivent afin d'atteindre environ 22 conditions cliniques.
 - Depuis son ouverture le 13 août 2012, plus de 559 clients y ont été référés.

Bloc opératoire et endoscopie

- Atteinte des cibles de production chirurgicale malgré des difficultés en termes de ressources humaines.
- Tous les postes d'infirmières devraient être pourvus au bloc opératoire en septembre 2015. Cette intensification dans le recrutement et l'orientation permettra d'être plus efficient en l'année 2015-2016.
- Adoption par le conseil d'administration du règlement du bloc opératoire et de l'endoscopie.
- Achat de plusieurs instruments en ophtalmologie ainsi que de deux systèmes complets de vidéoscopie permettant de répondre aux normes en termes de moyens technologiques et, par conséquent, d'offrir une prestation de soins et de services de qualité la clientèle.

Unité de retraitement des dispositifs médicaux

- Cette unité ne cesse de se dépasser afin de fournir un service de qualité irréprochable, encadré par des normes sévères dans un délai parfois très restreint afin de garantir l'accès aux services de la chirurgie et de la première ligne.
- Le taux de conformité de cette unité aux exigences d'Agrément Canada est de 98,9 %.

4.3.4 Direction des affaires médicales et hospitalières

La direction dans son ensemble

- Le comité tactique de la gestion des séjours a pris la relève du groupe de travail des fins de soins actifs globaux et a amorcé une analyse de certains indicateurs afin de bien comprendre les enjeux ayant une influence sur la durée moyenne de séjour.
 - Ce comité tactique se vit en étroite collaboration avec la Direction du programme de santé physique et la Direction des services aux aînés.
 - Plusieurs outils d'aide à la planification du congé ont été construits ou approuvés à travers ce comité, en voici deux exemples : l'algorithme de la demande de services inter-établissements et le diagramme des relations identifiant les causes des durées de moyenne de séjours prolongés. Ces documents étaient déposés par la suite lors du point statutaire stratégique de la gestion des séjours au comité de gestion des opérations cliniques et administratives.
- La Direction des affaires médicales et hospitalières a aussi travaillé très activement en collaboration avec les chefs de service et de département afin de mettre à jour de nombreux règlements.
- Renouvellement de plusieurs ententes de service, dont :
 - Entente de services en Zone Franche avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
 - Entente de services en neurologie avec le CHUM;
 - Entente de services en hémato-oncologie avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal;
 - Entente de services en médecine nucléaire avec le CSSS du Cœur-de-l'Ile;
 - Entente de chirurgie plastique avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Groupe d'action support à l'urgence et à l'hospitalisation

- Une nouvelle table de travail a vu le jour au sein de la Direction des affaires médicales et hospitalières. Cette table a été créée en étroite collaboration avec la Direction du programme de santé physique. Elle est composée de gestionnaires des deux directions ainsi que des chefs du Service des soins intensifs, coronariens et complexes et du Service de l'hospitalisation ainsi que du Département de l'urgence. Le Groupe d'action support à l'urgence et à l'hospitalisation a le mandat suivant :
 - Contribuer à la performance organisationnelle en assurant un suivi de processus et d'indicateurs liés à la gestion des séjours, en orientant les actions à poser par les membres du comité dans le cadre de leur fonction respective et en effectuant des recommandations au comité stratégique.
- En octobre 2014 se tenait la visite d'Agrément Canada dans l'organisation. Tous les travaux touchant la gestion des séjours furent appréciés par les visiteurs et ce point fut cité en exemple lors du compte rendu final des visiteurs.

Bloc opératoire

- Le travail conjoint entre la Direction des affaires médicales et hospitalières et la Direction du programme de santé physique s'est poursuivi pour le bloc opératoire; mise à jour des règlements de fonctionnement du bloc opératoire en impliquant toutes les instances concernées, soit le comité de coordination du bloc opératoire, la table des chefs, le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, etc.
- Les nouveaux règlements ayant une orientation axée sur la performance et la meilleure utilisation du plateau technique ont été adoptés par le conseil d'administration en février 2015.
- Le règlement du bloc endoscopique a été rédigé en collaboration avec le comité exécutif du bloc opératoire.
- De plus, les discussions se sont poursuivies avec le ministère de la Santé et des Services sociaux au sujet de l'offre régionale d'imagerie médicale, particulièrement pour tenter de trouver tout le financement nécessaire pour changer le système PACS et le système information radiologique. Les discussions sont toujours en cours.

Département d'imagerie médicale

- En 2014-2015, augmentation du nombre d'examen en échographie de 4 %. Un technologue autonome en échographie a été embauché, ce qui permettra de faire des échographies de soir, sans la présence d'un radiologiste.
- Le département a réussi à désengorger la liste d'attente de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont en échographie cardiaque et Doppler.
- Toutes les requêtes en imagerie médicale ont été rendues disponibles dans le logiciel SiGestForm.
- Mise en place d'un plan d'action à la suite de la visite d'Agrément Canada.
- Acquisition d'un appareil de radiographie directe de Philips.
- À la suite de la visite de l'Association médicale canadienne, en septembre 2014, le département a obtenu son accréditation lui permettant de recevoir des stagiaires de différents collèges.
- Participation à un comité régional en imagerie médicale piloté par l'Agence de Montréal.

Département de biologie médicale

- Le comité d'analyses de biologie médicale délocalisées a été remis sur pied et il est désormais constitué de représentants de tous les secteurs concernés (soins critiques, soutien à domicile, CLSC, Hôpital et laboratoire).
- Des ententes de service en biologie médicale ont été signées ou renouvelées avec plusieurs partenaires.

Équipements

- Tout en tenant compte du projet Optilab, certains équipements ont été remplacés; centrifugeuse réfrigérée, étuve pour la microbiologie, plaques

rotatives, agitateurs, balance analytique, nouvelle technologie pour la banque de sang.

- Un mandat a été accordé pour un deuxième appareil pour les gaz sanguins afin de remplacer le corridor de service lorsque l'instrument est en panne.

Analyses

- Regroupement d'analyses de routine à faible volume afin de générer des économies pour répondre au plan de redressement budgétaire.
- Réduction des analyses biochimiques pour faire suite aux recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Ceci permettra également une économie monétaire en lien avec les réactifs.

Personnel

- Accueil de stagiaires au laboratoire depuis janvier 2015 grâce au recrutement d'un nouvel instituteur clinique.
- Création de deux postes afin de mieux répondre aux besoins des services de pathologie et de cytologie qui fusionnent.
-
- Création d'un deuxième poste d'assistant-chef au laboratoire consolidera la structure en place. L'assistant-chef assumera entre autres la responsabilité de toutes les statistiques concernant la banque de sang, y compris les suivis pour les réactions transfusionnelles, les analyses de biologie médicale délocalisées ainsi que la supervision de la biochimie, des envois extérieurs et de l'hématologie
- Les postes de soir ont été uniformisés selon la même entente que ceux de nuit c'est-à-dire afin de répondre à un besoin de couvrir le service en tout temps sans interruption à l'heure du souper et diminuera grandement le temps supplémentaire associé à cette problématique.

Service des archives médicales

Dictée numérique

- Octroi d'un contrat, notamment pour la bascule d'un certain volume de transcriptions médicales, tant pour le volet archives que de l'imagerie médicale.
- La première phase du projet consistait à ramener les délais de transcription à zéro, pour ensuite maintenir des délais de transcription minimaux acceptables, notamment en termes de journées.

Projet OACIS

- Intégration de l'environnement de travail pour le volet du secteur de la transcription médicale.
- Ajout dans OACIS d'un bouton appelant directement l'application SiGestForm.
- Rehaussement de la version d'OACIS (7.3 à 7.4).
- Rehaussement de la version de SiGestForm, ce qui a permis l'intégration des documents dynamiques dans OACIS, sans pour autant qu'il ne soit nécessaire d'imprimer ou de numériser ces documents.

- Projet pilote en CLSC pour l'implantation du passage aux documents dynamiques dans OACIS.
- Déploiement d'un visualisateur pour l'usage des médecins évoluant en centre d'hébergement.
- Déploiement de l'application mobile d'OACIS pour les anesthésistes.

Doublons

- L'implication de certaines archivistes médicales a permis d'effectuer un travail titanesque en regard de la correction des doublons. Ainsi, sur près de 28 000 doublons répertoriés en mai 2014, 24 000 furent traités depuis, et ce, en date du 27 janvier 2015. Il n'en restait plus que 4 000 à traiter.

Dossier Santé Québec

- Bien que la plus grande partie du processus d'accès au Dossier Santé Québec s'effectue au niveau de la Direction des ressources informationnelles, trois archivistes médicales de l'hôpital ont été nommées à titre d'« Agent de validation de l'identité ». Leur rôle est essentiellement dédié au contrôle des accès, notamment par la remise des dispositifs y étant associés, après avoir validé l'identité des nouveaux intervenants nécessitant un accès au Dossier Santé Québec.
- De plus, ces archivistes médicales ont aussi la responsabilité de récupérer les dispositifs lors du départ d'un employé. Finalement, les « agents de validation de l'identité » doivent aussi procéder à la réinitialisation de mots de passe, lorsque requis.

Services de l'accueil hospitalier

- Réalisation d'une analyse visant l'amélioration de certains des processus en lien avec la programmation opératoire, dû la hausse des activités du bloc opératoire, en collaboration avec l'équipe de la programmation, le tout afin d'être plus efficient dans les pratiques.

Département de la pharmacie

- Achat d'un nouveau congélateur conforme aux nouvelles normes, permettant ainsi d'augmenter la capacité de production de produits en lots.
- La certification du système centralisé d'additifs aux solutés pour assurer un environnement sécuritaire et selon les normes en vigueur s'est tenue à deux reprises cette année. Les installations sont conformes.
- En raison de l'entente survenue entre le gouvernement et l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec les pharmaciens maintiennent donc la semaine de 40 heures de travail. La réduction des heures d'ouverture est donc annulée.

Projet Systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments (SARDM)

- Implantation à l'automne 2014 des cabinets décentralisés dans les unités de soins (3, 4, 6 et 7) à l'Hôpital Fleury.

- Implantation de la valideuse à sachets (PacVision de McKesson) pour la pharmacie du Centre d'hébergement Laurendeau en mars 2015.
- Implantation de la numérisation des ordonnances à l'Hôpital Fleury en juin 2014.

Assistant technique en pharmacie à l'Hôpital Fleury

- Changement des titres d'emploi complété. Un seul titre d'emploi est utilisé, soit celui d'assistant-technique senior.
- Mise en place progressive du nouvel horaire.

Révision des tâches des pharmaciens à l'Hôpital Fleury

- Modification aux horaires de travail et aux responsabilités à effectuer sur une base quotidienne. Ceci permet d'avoir deux pharmaciens à la validation des ordonnances, un pharmacien au bilan comparatif des médicaments à l'admission et présent à l'urgence et un pharmacien pour les suivis : gestion des tests de laboratoire INR, HAIV, cinétique.
- Ajout d'heures à compter de mai pour permettre de développer des services cliniques non offerts pour le moment.

Budget

- Le Département de pharmacie termine l'année en surplus budgétaire. Pour les médicaments, le coût réel de l'année 2014-2015 sera reporté pour la prochaine année malgré le début du nouveau contrat d'approvisionnement avec Sigma Santé.
- Le surplus obtenu pour les heures travaillées s'explique principalement par le non-remplacement ou le remplacement partiel des vacances, maladies et maladies long terme.

Département de l'urgence

- Le Département de l'urgence est tout nouveau. En effet, à la suite de l'approbation du conseil d'administration, le 24 mars 2015, le Service de l'urgence est devenu un département. Auparavant, le Service était sous la gouverne du Département de médecine générale.
- Par ailleurs, l'équipe de médecins est complète et très active. Quatre réunions administratives ont eu lieu pendant l'année 2014-2015 et plusieurs réunions scientifiques et comités distincts, dont l'évaluation de la qualité de l'acte, mortalité et morbidité, l'évaluation de la tenue de dossiers, etc.
- Le mot d'ordre pour l'année était la communication. En effet, le but était d'améliorer la communication entre l'urgence et les spécialistes consultants, de même qu'avec l'équipe de l'unité de médecine générale. De plus, une meilleure communication est favorisée avec le personnel soignant et de soutien à l'urgence afin d'améliorer les soins aux patients.
- Le nombre de médecins présents à la salle d'urgence a été augmenté afin de réduire au maximum le pourcentage de patients qui quittent la salle d'attente avant la prise en charge médicale.

Département d'anesthésiologie et le Département de chirurgie

- Grâce à leur collaboration, les deux départements ont réussi à augmenter les volumes opératoires du bloc. Ceci a été possible grâce à la révision du règlement du bloc opératoire et à des rencontres hebdomadaires de programmation.
- Le règlement du service de chirurgie générale a également été révisé.

Département de médecine générale

- Le directeur des affaires médicales et hospitalières assume la responsabilité de chef du Département de médecine générale depuis quelques années.
- Les services des soins intensifs, coronariens et complexes, d'hébergement et les deux CLSC ont revu leurs règlements au cours de l'année 2014-2015 et ceux-ci ont été adoptés au comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.
- Le recrutement en hébergement a permis de combler les départs des médecins.
- L'arrivée d'un nouveau médecin en CLSC a permis d'accroître l'offre de service en soins palliatifs à domicile. De plus, en CLSC, un travail d'équipe médecin-infirmière a permis d'améliorer la prise en charge des enfants de 0-5 ans inscrits au guichet d'accès à un médecin de famille.

Département de médecine spécialisée

- Renouvellement de l'entente de service avec le CHUM afin d'assurer la continuité des services offerts en neurologie.
- Implication des membres du Département dans la réflexion sur la création d'une unité de médecine de jour à l'Hôpital Fleury. Des analyses ont été produites et les membres demeurent impliqués dans divers comités à cet effet.

Département de psychiatrie

- En collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, augmentation des plans d'effectifs médicaux au Département de psychiatrie de cinq à sept PEM.
- Création du Département unique de psychiatrie du CSSS du Cœur-de-l'Île et du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et nomination d'un chef de département unique.

4.3.5 Direction des services aux aînés

La direction dans son ensemble

- La Direction des services aux aînés regroupe deux programmes-services : le programme personne en perte d'autonomie liée au vieillissement et le programme déficience physique.
- Près de mille intervenants de toutes disciplines assurent une prestation de soins et de services à la clientèle dans les CLSC d'Ahuntsic et de Montréal-Nord, les ressources intermédiaires d'Ahuntsic, Fleury et Harmonie Nature, à l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle ainsi qu'aux centres d'hébergement de Louvain, Laurendeau, Légaré et Paul-Lizotte.

- Un groupe de travail a été mandaté pour effectuer une réflexion sur la mixité des clientèles en hébergement.
 - Avec le regard des expériences bénéfiques et des meilleures pratiques pour ce type de clientèle, les membres du groupe de réflexion recommandent l'actualisation d'un projet de regroupement de clientèle en hébergement permettant le développement d'une unité de vie structurée, sécurisée et aménagée pour accueillir les personnes dont le comportement rend difficile leur intégration au sein des unités de vie mixtes.
 - Les travaux se poursuivent par un groupe de travail interdisciplinaire qui s'est penché sur les besoins associés du projet de regroupement des clientèles en hébergement, ce qui a permis de déterminer un plan de projet démontrant l'estimation budgétaire requise pour sa réalisation qui permettra de déposer par la suite une demande de financement des aménagements de l'unité de vie du 5^e étage du Centre d'hébergement Paul-Lizotte.
- Visite ministérielle d'évaluation de la qualité du milieu de vie pour chacun des quatre centres d'hébergement portant sur les thèmes suivants :
 - les pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles;
 - l'accueil de la personne hébergée;
 - la vie quotidienne et ses principales activités;
 - l'accompagnement et les soins à l'étape de fin de vie.
- Chaque centre d'hébergement a reçu un rapport de visite personnalisé spécifiant les recommandations pour chacun des thèmes évalués, ce qui a permis d'établir un plan d'action et de suivi des travaux d'amélioration continue de la qualité en hébergement qui sont en cours de réalisation.
- Les visites se sont très bien déroulées avec la collaboration du personnel, de l'équipe médicale, de la clientèle et des familles. Elles permettent d'apprécier les réalisations effectuées au cours des dernières années et aident à définir et à orienter les améliorations futures, ce qui est très enrichissant.
- Pour l'ensemble des centres d'hébergement, les travaux progressent selon les échéanciers prévus, tel que démontré lors des visites de suivis effectués par le Ministère.
- Mise en place du projet novateur « Pour un accueil et une intégration réussis ». Dans le cadre de ce projet, les réalisations suivantes ont vu le jour :
 - un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux préposés;
 - outils standardisés tels qu'un guide d'accueil pour les préposés et un guide pour les précepteurs;
 - mise en place d'un accueil spécifique en assurant un encadrement structuré des nouveaux arrivants lors de leur période de probation;
 - mise en place d'une équipe de précepteurs reconnus pour leurs compétences;
 - plan de formation structuré et soutien aux précepteurs;
 - harmonisation du préceptorat dans les centres d'hébergement;
 - les bénéfices de ce projet pour la clientèle permettent une meilleure intégration des nouveaux préposés dans les équipes, de stabiliser les

équipes de soins tout en s'assurant que les nouveaux préposés sont en mesure de répondre aux besoins des résidents.

Services de soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie.

- Travail conjoint avec la Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux à la décentralisation des guichets d'accueil centralisé pour effectuer la mise en place d'un guichet d'accès unique de soutien à l'autonomie des personnes âgées au soutien à domicile.
- Pour ce faire, aménagement du nouveau guichet d'accès au CLSC de Montréal-Nord afin de permettre à l'équipe d'être au cœur des activités du soutien à domicile et d'avoir une proximité avec les membres des équipes professionnelles.
- Poursuite des travaux de consolidation des différents processus au cours des prochains mois afin de permettre une diminution des étapes à franchir entre une demande de services et son accès.
- Un important exercice est en cours depuis plusieurs mois afin de s'assurer que tous les usagers connus et ceux à venir aient une évaluation à l'aide d'un outil informatisé, soit l'outil d'évaluation multiclientèle, permettant de définir le profil des besoins de la personne ainsi que l'offre de services associés et l'élaboration d'un plan de services individualisés et d'allocation de services informatisés.

L'accès au service des bénévoles au CSSS

- Réception de plus de 225 appels de gens désirant s'informer sur le bénévolat.
- Inscription de 72 personnes au Service des bénévoles.
- Réalisation, par trois étudiantes (Hôpital Fleury, Centre d'hébergement Laurendeau et Centre d'hébergement de Louvain) à la première année préparatoire aux études en médecine de l'Université de Montréal d'un projet de bénévolat dans le cadre du cours « Sensibilisation aux patients et à leur famille ». L'expérience de plus de cent heures bénévoles leur permet de vivre des moments intenses sur la dimension humaine de l'organisation des soins.
- Réalisation par plus de 40 bénévoles en cours d'étude, école secondaire et cégep, d'une expérience bénévole sans compter les jeunes présents à la campagne de vaccination.
- Au 31 mars 2015, plus de 181 bénévoles sont actifs dans les quatre centres d'hébergement, aux CLSC et à l'hôpital. C'est 39 % des bénévoles qui ont plus de cinq ans de service bénévole au sein de l'établissement. Cette année, le taux de roulement d'inscription et de départ a été de 45 %.
- En cours d'année, ce sont plus de 247 personnes qui ont fait des actions bénévoles :
 - 32 401 heures de bénévolat au cours des douze derniers mois;
 - 4419,5 heures : accueil aux salles d'attente et aux cliniques de vaccination;
 - 4381,5 heures : administration des activités commerciales et services divers, couture, bibliothèque et vie associative;
 - 8192 heures : présence aux bistros, boutiques, à la cantine et au dépanneur;

- 11 285,5 heures : présence aux activités de loisir en hébergement;
- 4122,5 heures : réconfort des visites, présence aux unités de soins, pastorale.
- À la Clinique de chirurgie de la cataracte de l'Hôpital Fleury, un bénévole est présent tous les matins, de même qu'aux salles d'attente de l'urgence et des cliniques externes. Le dossard BÉNÉVOLE est maintenant bien implanté, ce qui est fort apprécié de la clientèle.
- Les ressources bénévoles à la campagne de vaccination saisonnière :
 - aux cliniques de l'automne 2014 et de janvier 2015, plus de 108 personnes ont fait du bénévolat : 36 bénévoles au CLSC d'Ahuntsic, 40 bénévoles au CLSC de Montréal-Nord et 5 ont aussi œuvré aux deux CLSC. Parmi eux, 22 avaient déjà fait du bénévolat l'an dernier (20 %). Ce type de bénévolat intéresse beaucoup les étudiants (72 % de l'équipe bénévole), car l'horaire et les tâches sont bien adaptés à leur capacité. Des élèves de six écoles ont participé;
 - bien identifiés par leur dossard BÉNÉVOLE, ils ont aidé pour une valeur de 1 146 heures présence bénévole. Une équipe de 8 à 12 bénévoles est présente à chaque plage horaire, soit le matin de 8 h à 12 h et l'après-midi de 12 h à 16 h;
 - quatre bénévoles ont aussi participé au bon déroulement de la vaccination en résidence privée et cinq bénévoles ont aidé à la vaccination du personnel de l'Hôpital Fleury.
- Dans les centres d'hébergement, les bénévoles offrent beaucoup de temps et de créativité pour créer des espaces de vie animés. Plus du tiers du total des heures bénévoles sont consacrées au programme de loisir en centre d'hébergement.
- L'INFO-BÉNÉVOLAT est l'outil de liaison et d'information pour l'ensemble des bénévoles œuvrant au CSSS. Trois parutions ont eu lieu, soit au printemps, à l'automne et à l'hiver 2015.
- Les feuillets d'information par secteur d'activités sont mis à jour régulièrement. Cela permet aux nouveaux bénévoles de bien comprendre leurs tâches et leur rôle.
- Un partenariat avec plus de quatre centres d'action bénévole (Centre d'action bénévole de Montréal, Centre d'action bénévole de Montréal-Nord, Centre d'action bénévole de Rivière-des-Prairies et Accès Bénévolat) permet d'afficher les besoins de services bénévoles sur les sites Internet de ces organismes, promoteurs du bénévolat.
 - Des communiqués ponctuels sont envoyés aux publications des paroisses. L'action des bénévoles est présentée sur le site Internet du CSSS.
 - Le Service des bénévoles est membre de l'Association des gestionnaires de ressources bénévoles en établissement de la santé au Québec. Des échanges réguliers entre établissements permettent de valider des tendances sociales en matière de bénévolat et d'encadrement de ressources bénévoles.

- Le 11 avril 2014, un dîner de reconnaissance a réuni 113 bénévoles forts d'un sentiment d'appartenance au CSSS. À cette occasion, un hommage leur a été rendu en soulignant leur engagement et leur contribution auprès des résidents et familles, particulièrement les 5, 10, 15, 20 ainsi que les 25 années de soutien.
- Le Service des bénévoles soutient les trois associations de bénévoles dûment incorporées.
 - L'Association des bénévoles du Centre d'hébergement Laurendeau a dû fermer le dépanneur du hall d'entrée. Les difficultés financières des dernières années dues à la baisse d'achalandage ont eu raison de la rentabilité.
 - De nouveaux projets d'animation du hall sont en planification à la suite d'une consultation élargie auprès des résidents et des personnes intéressées. L'Association et la Fondation du CSSS d'Ahuntnsic et Montréal-Nord ont contribué par une aide financière de 10 000 \$ chacun au réaménagement de l'espace du hall du Centre d'hébergement Laurendeau.
 - L'octroi du programme Ressources humaines Canada a permis l'embauche d'un étudiant à l'animation durant l'été 2014.
 - L'Association est aussi promoteur du programme d'aide et d'accompagnement social d'Emploi Québec. Ainsi, six participants ont intégré les services d'animation dans un objectif d'insertion sociale.
 - Dans ce cadre, l'Association partage les ressources avec les services des loisirs des trois centres, soit Laurendeau, Légaré et De Louvain afin de financer des activités spéciales.
 - Un don de 8 000 \$ qui a pu ainsi offrir des douceurs aux résidents, cadeaux de Noël, cartes de souhaits, fleurs aux fêtes des Mères, etc.
 - L'Association des bénévoles du Centre d'hébergement Paul-Lizotte a aussi obtenu un octroi du programme Ressources humaines Canada pour trois étudiants à l'animation.
 - L'Association est aussi promoteur du programme d'aide et d'accompagnement social d'Emploi Québec. Des activités musicales et des attentions particulières lors des fêtes d'anniversaire sont réalisées grâce à leur contribution financière.
 - L'Association des bénévoles Présence-Amie de l'Hôpital Fleury poursuit ses activités de bien-être en offrant des services de dépannage, des vêtements et des trousseaux d'hygiène. Une tournée du père Noël bénévole et ses fées bénévoles font la joie des patients hospitalisés en décembre.
 - Cette année, l'Association a revu l'aménagement de son local afin d'offrir une meilleure organisation des secteurs d'activités.

4.3.6 Direction locale de santé publique et du développement des communautés

La direction dans son ensemble

Vaccination

- Vaccination contre la grippe saisonnière
 - Dans le cadre de la campagne 2014-2015, 10 972 usagers ont été vaccinés contre 11 170 en 2013-2014, soit une baisse de 2 %. Ce nombre comprend plus de 5 112 aînés âgés de 65 ans et plus, une hausse de 294 comparativement à l'année précédente.
- Vaccination contre le pneumocoque (Pneumovax 23 et Prevnar-13)
 - Plus de 737 personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi que 3 766 personnes vulnérables de 2 à 64 ans (aînés, malades chroniques) ont été vaccinées contre le pneumocoque cette année.

Système de prévention clinique

- Dans le cadre des visites régulières, 18 milieux cliniques ont été visités, soit pour la distribution de l'infolettre, la promotion de groupes de cessation tabagique, de la vaccination contre la grippe saisonnière et du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
- Réalisation de deux ateliers de formation sur les pratiques cliniques préventives pour un total de 33 professionnels rejoints.
- Production et distribution d'infolettres lors de visites de cliniques (10), par courrier (17) et par courrier interne des CLSC (2).
- Le comité de suivi du Service de prévention clinique s'est réuni une fois cette année.
- Six nouveaux médecins dans les cliniques du territoire et en CLSC ont reçu les outils de promotion.
- Rencontre avec la Table locale des pharmaciens du territoire portant sur la cessation tabagique.
- Près de 25 intervenants du CSSS et infirmières en groupe de médecine de famille ont été outillés aux pratiques cliniques préventives; hypertension artérielle, saines habitudes de vie, saine gestion du poids, outil d'aide à la cessation tabagique, etc. L'infirmière-conseil a également donné un atelier de sensibilisation sur les nouvelles recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension auprès de 12 infirmières en groupe de médecine de famille.
- Dans le cadre des activités de promotion des services préventifs auprès de la population, l'infirmière-conseil travaille conjointement avec les intervenants du Centre d'éducation pour la santé et du Centre d'abandon du tabagisme. Elle a participé à huit kiosques sur les saines habitudes de vie, l'arrêt tabagique et les Défis 2015, soit au centre jeunesse de Montréal (2), à l'Association des

- médecins haïtiens vivants à l'étranger, à l'Hôpital Fleury ainsi qu'aux CLSC lors de la campagne de vaccination de la grippe saisonnière.
- Réalisation de six activités de promotion auprès des usagers d'organismes communautaires pour augmenter l'autonomisation de la population au regard des services en prévention clinique. Près de 90 personnes ont été rejointes tant à Montréal-Nord qu'à Ahuntsic.

Autres services de promotion de saines habitudes de vie

- Centre d'éducation pour la santé
 - Selon les données, 179 usagers différents ont été rencontrés pour l'année 2014-2015, un chiffre à la baisse par rapport aux années précédentes. Par exemple, l'année dernière, on parlait de 202 usagers différents. Aussi, ces données ne tiennent pas compte des interventions communautaires de groupe.
- Centre d'abandon du tabagisme
 - La présence du Centre lors de la tenue de 10 kiosques d'information à l'Hôpital Fleury, à l'activité Marche et Roule, aux CLSC et à la Foire Santé de l'Association des médecins haïtiens vivant à l'étranger a permis de promouvoir ce service tant auprès de la population qu'à l'interne.
 - Deux ateliers sur le tabac ont été présentés au Carrefour Jeunesse Emploi Bourassa-Sauvé. Un atelier d'un médecin sur le tabagisme a été présenté aux intervenants des CLSC.
 - Deux kiosques ont été tenus au Centre Jeunesse dans le territoire du CSSS St-Léonard et St-Michel et un au Centre Jeunesse du territoire, rue St-Hubert, en soutien dans leur démarche pour un environnement sans fumée.
 - 74 demandes normalisées et 18 demandes d'information en comparaison (période 11) à 85 demandes normalisées et 31 demandes d'information et 2 autres demandes l'année précédente (période 13).
 - 81 usagers suivis pour un total de 316 interventions; une moyenne de 3,9 interventions par usager. L'an dernier, 97 usagers étaient suivis pour un total de 345 interventions; une moyenne de 3,56 interventions par usager.
 - Il y a eu trois groupes de cessation. Les deux premiers offerts par le Centre Vivre Mieux Sans Fumée et depuis janvier 2015, ces groupes sont animés par l'intervenante du Centre d'abandon du tabagisme.
- Programme québécois de dépistage du cancer du sein
 - Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein compte sur une ressource une journée par semaine. Le Programme fait partie des priorités du plan d'action local en santé publique 2010-2015.
 - Le comité local s'est réuni 2 fois cette année.
 - Huit activités de promotion du programme auprès des femmes du territoire ont été réalisées par le biais de différents organismes communautaires tant à Montréal-Nord qu'à Ahuntsic, et en CLSC.

- Tenue de quatre tournées de distribution d'affiches et de dépliants ciblant les communautés haïtiennes et arabophones plus particulièrement, en collaboration avec une marraine du projet « Je suis invitée, et toi? ».
- La collaboration avec les marraines du Projet « Je suis invitée, et toi? » est arrivée à terme fin septembre 2014.

Écoles et milieux en santé (ÉMES)

- Six projets ont eu cours ciblant les pratiques d'activités physiques (Outils et concertés pour bouger, Campagne Énergi'Z'toi et Trouve ton sport), la sécurité alimentaire (Opération radis), la création d'environnements favorables pour les jeunes (Petits PAS de la Maison des jeunes Ahuntsic) et la sensibilisation aux enjeux environnementaux (Jardins collectifs Ahuntsic « Ville en vert »). Ces projets ont été soutenus par des professionnels en nutrition et en communication (production de matériel promotionnel).
- Le regroupement d'écoles et milieux en santé de Montréal-Nord a déposé sa deuxième planification stratégique 2013-2016 et son plan d'action annuel 2014-2015.
- Comptant plus de 45 partenaires, ce regroupement a identifié quatre priorités visant les jeunes de 0-17 ans, soit : 1) les habiletés motrices avant l'âge de 9 ans; 2) les habitudes de vie et les comportements alimentaires sains et une image corporelle saine chez les 0-17 ans; 3) la promotion de l'activité physique au moins 60 minutes par jour chez les 4-17 ans; et 4) la création de milieux de vie favorables pour les jeunes.
- Pour 2014-2015, neuf projets ont été retenus. Au total, c'est plus de 25 objectifs qui sont visés dans le cadre des activités du regroupement d'écoles et milieux en santé pour les projets réalisés cette année.

Politique de promotion de la santé et du mieux-être

- Finalisation de la démarche de certification « Entreprise en santé » en novembre 2014.

Observatoire populationnel local

- Exploitation des statistiques de l'observatoire afin de soutenir la planification des services en jeunes en difficulté réguliers, en périnatalité, en santé mentale et en vieillissement de la population. Réalisation d'une conférence au Collège de Rosemont auprès de finissants en technique de recherche sociale.

Organisation communautaire

- Élaboration de 73 plans d'intervention en organisation communautaire. À cet effet, les organisateurs communautaires mettent leurs compétences au service de plus de 50 organismes et concertations du milieu.
- Ces organisations, qu'elles soient en difficulté, en consolidation, en expansion ou en démarche de planification stratégique, s'adressent au CSSS pour obtenir un soutien professionnel qui les aidera à redresser une situation, à rédiger un projet, à chercher le financement pour le réaliser, à planifier un budget, à réviser des

règlements généraux ou encore à structurer une démarche de réflexion ou d'orientation.

Direction des ressources humaines et développement organisationnel

La direction dans son ensemble

Le dossier de la main-d'œuvre

- Mise en œuvre d'un plan stratégique afin d'optimiser l'utilisation du personnel et de diminuer significativement le recours à la main-d'œuvre indépendante.
- Parmi les principales actions réalisées, notons la revue des structures de postes, laquelle a donné lieu à la création de plus de 90 équivalents temps complet, faisant en sorte d'augmenter la disponibilité du personnel et par la même occasion d'améliorer l'offre d'emploi.
- La création de continuums de soins en santé physique est une autre stratégie qui a été mise en place visant la mobilité des ressources et une meilleure gestion de la disponibilité des personnes.
- Révision des processus de travail à la liste de rappel afin de favoriser la polyvalence de l'équipe et une meilleure planification et proactivité dans les remplacements à long et moyen terme.
- La gestion des horaires de travail a aussi constitué un chantier important de la dernière année, combinant les efforts de l'équipe de la liste de rappel et des chefs de service afin d'assurer des horaires de travail équilibrés, une meilleure gestion des demandes de congés, un meilleur étalement des vacances annuelles et un suivi rigoureux des absences ponctuelles.
- Le service de la liste de rappel poursuit l'informatisation des horaires de travail et des remplacements. Les secteurs des archives, des laboratoires, de la radiologie et de l'inhalothérapie ont ainsi à leur tour été informatisés.

Santé et sécurité du travail

- Les résultats organisationnels relatifs à l'assurance salaire demeurent bons et la cible prévue à l'entente de gestion a été atteinte grâce à un suivi rigoureux réalisé par l'équipe de travail ainsi que l'implication de tous les gestionnaires.
- Le Service de santé et sécurité du travail a développé plusieurs outils dans la dernière année, en soutien aux gestionnaires, mais aussi pour permettre à l'ensemble du personnel de bien comprendre les modalités et les procédures associées à la santé et la sécurité au travail. Cinq fiches d'information ont ainsi été élaborées et diffusées.
- Le comité paritaire en santé et sécurité au travail est toujours aussi actif, notamment par la poursuite des inspections préventives, lesquelles permettent d'identifier les situations à risque dans le milieu de travail et d'y remédier.

Soutien à la gestion

- Afin de soutenir les cadres du CSSS dans le contexte de la mise en œuvre de la Loi 10, laquelle engendre bon nombre d'abolitions de postes-cadres, la Direction

des ressources humaines et du développement organisationnel a développé une boîte à outils comportant une douzaine d'exercices ayant pour objectifs de les aider à réaliser le bilan de leur parcours professionnel et à se projeter dans le futur en faisant des choix de carrière éclairés.

- Des ateliers et un accompagnement individuel leur ont été offerts afin de les soutenir dans leur démarche de bilan. Il est à souligner qu'une douzaine d'organisations de la santé au Québec ont utilisé les outils développés par le CSSS, ce qui a contribué à son rayonnement externe.
- Une démarche de transfert des connaissances a été élaborée par la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel qui prévoit plusieurs fiches à remplir par un cadre qui quitte son poste. Ces outils, adaptés selon la fonction occupée par le cadre (gestionnaire d'équipe ou conseiller cadre), permettront le transfert de toute l'information importante à la personne qui prendra la relève au poste libéré.
- Un processus de rétroaction 360 a été développé pour les cadres du CSSS, basé sur le modèle de leadership « Viser loin toucher près ».

Formation

- Élaboration et réalisation d'un plan de développement des ressources humaines pour tous les groupes d'emploi. Mentionnons l'organisation d'ateliers de gestion du stress proposés pour tous les groupes dans le cadre d'un projet de recherche avec l'Université du Québec à Montréal et le déploiement des formations Agir pour tous les préposés aux bénéficiaires en hébergement.
- Contribution au développement et à l'implantation d'un programme d'accueil et d'intégration pour les préposés en hébergement, projet paritaire pour lequel le CSSS a reçu une subvention.

Mobilisation du personnel

- Réalisation d'un sondage sur la mobilisation en janvier 2015 auprès de tous les groupes de l'organisation (cadres, employés et médecins).
- Le contexte actuel de fusion modifiera toutefois les suites à donner à ce sondage à la suite du départ de plusieurs personnes du CSSS et les modifications d'équipe anticipées.
- La mise en place de nouvelles directions, dont la direction des ressources humaines, des communications et affaires juridiques au sein du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal engendrera un plan d'action organisationnel relatif à la mobilisation des équipes et au climat de travail organisationnel.

4.3.7 Direction des services techniques et des immobilisations

La direction dans son ensemble

- Déploiement d'un atelier Kaizen ayant pour but d'améliorer le traitement administratif des demandes de services adressées à la Direction des services techniques et des immobilisations et d'initier le travail d'équipe entre les agentes administratives de la direction.

- Implication dans le projet de réorganisation de la coordination clinicoadministrative afin de trouver des solutions pour la prise en charge d'une partie des tâches assumées par les coordonnateurs dans les centres d'hébergement à partir du 1^{er} mai 2014.
- Préparation de la visite d'agrément en avril et mai, visite au cours de laquelle le nouveau Plan des mesures d'urgence et le plan de formation ont pu être présentés aux visiteurs.
- En octobre 2014, la conciliation des économies d'énergie réalisée à l'an 1 du projet d'économie d'énergie mis en service le 1^{er} juin 2011 a permis de fixer le montant de la prime de risque à conserver et de déposer celle-ci en fidéicommiss jusqu'à la fin du suivi du projet.
- Adoption de la Politique de gestion des immobilisations en janvier 2015, celle-ci venant préciser les processus qui mènent à l'adoption annuelle du plan triennal pour la conservation des fonctionnalités immobilières et pour la conservation des équipements et du mobilier.

Hygiène et salubrité, Lingerie

- Les nombreuses éclosions à l'Hôpital Fleury et dans les centres d'hébergement ont grandement sollicité les équipes d'hygiène et salubrité en 2014-2015.
- Participation de 37 préposés à l'entretien ménager à une formation portant sur les meilleures pratiques de nettoyage, de désinfection et de contrôle de la qualité.
- Révision de l'offre de service pour répondre à l'ouverture du 8^e étage Est de l'Hôpital Fleury pour la chirurgie d'un jour en fin d'année 2013-2014, à l'ouverture ponctuelle de lits de débordement au 8^e étage Ouest et à l'augmentation de lits d'hospitalisation au 3^e étage à la suite du déplacement de la chirurgie d'un jour.
- Élaboration d'un plan d'action pour compléter l'élimination des zones grises dans les unités de soins à l'Hôpital Fleury, impliquant l'optimisation de la ressource dédiée à la désinfection des équipements médicaux et son transfert dans l'équipe d'hygiène et salubrité.
- Participation à l'équipe de prévention des infections et aux visites par le Conseil québécois d'agrément des quatre centres d'hébergement dans le cadre de la démarche d'agrément.
- Collaboration aux visites ministérielles d'évaluation de la qualité du milieu de vie en centre d'hébergement, à l'élaboration des plans d'amélioration continue et à leur mise en œuvre. Révision de la structure de postes amorcée en février 2015 afin d'éliminer la main-d'œuvre indépendante durant l'année 2015-2016.
- Participation aux activités de la Semaine nationale de prévention des infections du 20 au 24 octobre 2014 par la tenue d'un kiosque.
- Réorganisation des services liés à la destruction des documents confidentiels dans le cadre d'un nouveau contrat.
- Formalisation des devis de service avec le CPE du Passe-Temps au Centre d'hébergement Laurendeau (fournisseur) et l'organisme Un rayon de soleil à Montréal-Nord (client).

Politique pour une saine alimentation

- Retrait des fritures et des aliments frits et panés, ainsi que des viennoiseries à la cafétéria de l'Hôpital Fleury.
- Rehaussement de l'offre de mets à teneur réduite en gras, en sucre, en sodium et à teneur élevée en fibres. Popularité grandissante des nouveaux mets auprès de la clientèle.
- En hébergement, révision des menus au printemps et à l'automne en considérant les orientations de saine alimentation, mais également la satisfaction et les besoins particuliers des résidents. Comité de menus mis en place pour les quatre centres.
- Participation aux activités d'Entreprise en santé pour le volet sur la saine alimentation : kiosque, documentation, carnet santé, etc.

Alimentation et nutrition clinique

- Préparation de 1 281 030 repas servis aux usagers et à leur famille, aux bénévoles, au personnel, aux médecins, aux visiteurs et à des organismes sans but lucratif.
- 849 usagers admis ou inscrits ont reçu de l'équipe de nutrition clinique des services nutritionnels adaptés à leur condition.
- Fusion des services de ressources humaines en alimentation et centralisation de la liste de rappel et de la gestion des activités de remplacement en avril 2014.
- Participation à la démarche et aux visites des quatre centres d'hébergement par le Conseil québécois d'Agrément, dans le cadre de l'Agrément 2014.
- Collaboration aux visites ministérielles d'évaluation de la qualité du milieu de vie en centre d'hébergement, à l'élaboration des plans d'amélioration continue et à leur mise en œuvre (affichage des menus aux résidents, confidentialité, heures de service des repas...).
- Réorganisation des activités d'approvisionnement des denrées alimentaires en vue du transfert vers le système de gestion des ressources matérielles de Logibec, au 1^{er} avril pour l'Hôpital Fleury. En hébergement, planification de la centralisation et de l'informatisation des activités avec ce système pour une implantation prévue à la fin juin 2015.
- Réorganisation du travail à la laverie du Centre d'hébergement Paul-Lizotte à la suite du réaménagement.
- Révision de l'offre des boîtes à lunch dans le but d'améliorer la sécurité et la satisfaction des résidents et des patients qui doivent prendre leur repas à l'extérieur de l'établissement.
- Réorganisation de la structure d'encadrement à la suite du départ à la retraite de la chef de service de l'Hôpital Fleury en février 2015. Révision des rôles et des responsabilités des assistantes-chefs techniciennes en diététique.
- Fusion en un seul service de ressources humaines pour la nutrition clinique afin d'en améliorer la coordination.

- Mise en place d'une table de travail en hébergement sur l'approche multidisciplinaire en soutien au dépistage, à l'évaluation et à l'élaboration du plan de traitement nutritionnel lors de troubles de la déglutition.
- Révision de tous les documents éducatifs de nutrition clinique qui sont remis aux patients et résidents.
- Milieu de stages pour les étudiants au baccalauréat en nutrition (Université de Montréal, Université McGill) et en techniques de diététique (Collège de Montmorency).

Mesures d'urgence et sécurité civile, sécurité et téléphonie

- Poursuite du déploiement du nouveau Plan des mesures d'urgence amorcé en février 2014 ainsi que de la formation du personnel.
- Réalisation d'exercices d'évacuation dans les CLSC et locaux administratifs, alors que des exercices de table ont été organisés pour les centres d'hébergement et pour l'hôpital.
- Réorganisation de la coordination clinicoadministrative trans-CSSS.
- Coordination des préparatifs requis pour contrôler les risques d'infection lors de l'arrivée d'un patient pouvant être affecté par la fièvre Ebola, incluant l'organisation de la simulation de l'arrivée d'un patient contaminé à l'urgence de l'Hôpital Fleury.
- Coordination pour la rédaction d'une procédure « Code blanc » pour l'Hôpital Fleury.
- Mise en place de mesures pour améliorer la sécurité dans les CLSC.
- Coordination lors du bris de l'ascenseur no 1 de l'Hôpital Fleury en décembre 2014.
- En septembre 2014, l'équipe des téléphonistes s'est jointe à l'équipe de la sécurité afin d'assurer la réponse téléphonique au poste 5555 et la répartition des appels d'urgence provenant de toutes les installations du CSSS, ayant eu pour effet d'améliorer la qualité de la réponse aux appels.

Entretien des installations matérielles

- Planification des interventions correctives importantes au système de chauffage de l'Hôpital Fleury.
- Participation active aux projets de réaménagement du rez-de-chaussée des deux CLSC. Au CLSC d'Achetsic, le remplacement des unités de ventilation et de climatisation a également fait l'objet d'une coordination étroite avec les gestionnaires de projet.
- Interventions du Service à la suite du bris de l'ascenseur no 1 de l'Hôpital Fleury, en décembre 2014 afin d'organiser une fréquence d'entretien accrue visant à éviter l'arrêt des autres ascenseurs utilisés davantage depuis l'arrêt de cet ascenseur.
- Participation active à la réalisation des projets de construction suivants :
 - la mise à niveau du refroidisseur no 3 de l'Hôpital Fleury;
 - la rénovation de deux unités de soins à l'Hôpital Fleury;

- l'ouverture de lits de débordement au 8^e étage ouest de l'Hôpital Fleury;
- l'installation d'une nouvelle génératrice au toit de l'aile F et d'un réservoir pétrolier dans le stationnement de l'Hôpital Fleury.
- En plus des opérations d'entretien régulières, participation à l'élaboration d'un devis d'appel d'offres pour l'entretien des ascenseurs des quatre centres d'hébergement et de l'Hôpital Fleury; cet appel d'offres a permis l'octroi du nouveau contrat à compter du 1^{er} mars 2015.
- Participation active à la planification ou à la réalisation de plusieurs projets de construction, notamment :
 - réfection des planchers du Service alimentaire au Centre d'hébergement Laurendeau;
 - réfection du quai de réception des marchandises au Centre d'hébergement Légaré;
 - remplacement de l'ascenseur no 1 au Centre d'hébergement de Louvain;
 - remplacement de la fenestration au Centre d'hébergement Paul-Lizotte;
 - aménagement du bistro au rez-de-chaussée du Centre d'hébergement Laurendeau.

Gestion des locaux

- En octobre 2014, un sondage auprès des cadres a permis d'évaluer les besoins de bureaux ou d'espaces de travail partagés dans les différentes installations du CSSS, notamment pour les gestionnaires multi-sites. Les locaux libérés suite à la numérisation des archives en CLSC ont été réaménagés pour les besoins des services cliniques.
- Plusieurs scénarios ont été étudiés en 2014-2015 afin de libérer des locaux pour les besoins cliniques à l'Hôpital Fleury. La planification d'une cascade de déménagements a été adoptée par le comité de direction en décembre 2014 afin de libérer des locaux occupés par des services administratifs. Cette planification a permis l'adoption, en mars 2015, de la planification de l'ensemble des travaux de construction prévus d'avril à décembre 2015.

Remplacement des équipements médicaux, non médicaux et du mobilier

- Réception d'une subvention complémentaire de 1 461 536 \$ qui s'est ajoutée au budget récurrent de 1 080 416 \$ reçu pour le volet médical du Plan de conservation des équipements et du mobilier, pour un budget total de 2 541 952 \$.
- Subvention complémentaire octroyée pour le remplacement des équipements médicaux, notamment pour :
 - la modernisation du parc de lits de l'Hôpital Fleury et des centres d'hébergement (780 000 \$);
 - le remplacement du système d'information de l'imagerie médicale PACS (financement partiel pour le projet).
- Pour assurer le remplacement des équipements non médicaux et du mobilier, le CSSS a reçu le budget récurrent de 411 648 \$.

Projets de construction et de rénovation

- Réception d'une subvention complémentaire de 2 003 000 \$ pour le projet de réfection de l'enveloppe du bâtiment de l'Hôpital Fleury, qui s'est ajouté au budget récurrent de 2 018 782 \$ reçu pour le volet maintien des actifs et résorption du déficit en maintien des actifs du Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière.
- Pour le volet de rénovation fonctionnelle hors centres d'hébergement du Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière, le CSSS a reçu une subvention complémentaire de 1 815 000 \$ qui s'est ajouté au budget récurrent de 170 031 \$ pour les projets suivants :
 - le réaménagement du 5^e étage de l'Hôpital Fleury pour les besoins de la chirurgie d'un jour (725 000 \$);
 - le réaménagement de l'unité de psychiatrie au 2^e étage de l'Hôpital Fleury et l'aménagement d'un module de soutien à l'urgence (660 000 \$);
 - des modifications à l'aménagement des salles de toilettes des chambres à 3 et à 4 lits de l'Hôpital Fleury (350 000 \$);
 - l'aménagement d'une 4^e salle d'échographie (en lien avec le projet de remplacement du système d'information PACS de l'imagerie médicale 80 000 \$).
- Plusieurs projets ont été réalisés ou sont en cours de réalisation dans l'ensemble des installations, notamment :
 - le réaménagement du rez-de-chaussée des CLSC d'Ahuntsic et de Montréal-Nord;
 - le remplacement du refroidisseur no 3 à l'Hôpital Fleury;
 - le remplacement d'un réservoir d'eau domestique à l'Hôpital Fleury;
 - l'agrandissement de la salle de réveil au bloc opératoire de l'Hôpital Fleury;
 - la réfection du plancher de la cuisine au Centre d'hébergement Laurendeau;
 - la réfection d'un bassin de toiture au Centre d'hébergement Laurendeau;
 - le remplacement de l'inverseur du groupe électrogène no 1 au Centre d'hébergement Laurendeau;
 - la mise à niveau du réseau de distribution de chauffage au Centre d'hébergement de Louvain;
 - le réaménagement de la laverie du Service alimentaire au Centre d'hébergement Paul-Lizotte;
 - la réfection de la rampe d'accès à l'entrée principale du Centre d'hébergement Paul-Lizotte;
 - l'installation de lève-patients sur rail dans les centres d'hébergement Laurendeau, Légaré et Paul-Lizotte;
 - la phase 1 de la mise à niveau des unités de ventilation et des contrôles au CLSC d'Ahuntsic;
 - la réfection du quai de réception des marchandises au Centre d'hébergement Légaré;
 - la modernisation des ascenseurs 1 et 2 à l'Hôpital Fleury;

- l'installation de dispositifs anti-refoulement et de compteurs d'eau à l'Hôpital Fleury;
- la phase 2 du réaménagement de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux et l'installation d'un nouveau stérilisateur à basse température à l'Hôpital Fleury;
- le réaménagement d'une salle de radiologie à l'Hôpital Fleury et l'installation d'une table de graphie « direct radiology »;
- le remplacement de l'ascenseur no 1 au Centre d'hébergement de Louvain;
- le remplacement des murs et des fenêtres au Centre d'hébergement Paul-Lizotte.

4.3.8 Direction des ressources financières

La direction dans son ensemble

- Les défis majeurs de la Direction des ressources financières en 2014-2015 ont été d'établir, encore cette année, un suivi budgétaire intensif incluant des mesures d'optimisation de près de huit millions de dollars pour assurer l'équilibre budgétaire.
- À chaque période financière, la Direction des ressources financières a sensibilisé l'ensemble des gestionnaires dans le but de respecter le plan budgétaire ou de trouver des solutions alternatives au respect de l'équilibre financier.
- Le comité de budget s'est également réuni à chaque période financière permettant ainsi de discuter et de suivre les mesures d'optimisation afin d'adresser tout manquement à cet effort.
- Le CSSS respecte ses budgets et, par conséquent, emprunte et rembourse sa dette liée aux acquisitions d'immobilisation selon la Loi.
- Malgré la réduction de personnel à la Direction des ressources financières, les employés ont respecté les échéanciers périodiques, rendant possible la lecture des états financiers, de même que les redditions de compte. Les employés de la direction ont également réussi à maintenir le soutien et le service à la clientèle à tous les usagers de l'établissement.
- L'implantation d'un nouveau logiciel comptable informatique (Logibec) à l'intérieur des infrastructures de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal a exigé beaucoup de travail à toute l'équipe des finances du CSSS. Cette implantation s'est ajoutée aux changements majeurs apportés au réseau de la santé et des services sociaux (Loi 10), aux travaux pour la fin d'année financière 2014-2015 et à ceux pour l'élaboration du budget 2015-2016.

Approvisionnement et logistique

- Le Service des approvisionnements et de la logistique a participé à tous les groupes de travail visant à harmoniser les produits et à se regrouper pour les appels d'offres. Tous les suivis en lien avec les lois et règlements ont été produits selon les échéanciers requis.

Performance financière

- Depuis 2013-2014, une analyse d'étalonnage a été produite et remise aux directeurs pour la mise en place d'améliorations envisageables de leurs centres d'activités.
- La Direction des ressources financières a également continué de suivre périodiquement les centres d'activités du Manuel de gestion financière et d'évaluer la performance financière de l'établissement.
- Par ailleurs, le suivi de l'entente de gestion s'est actualisé à chaque rencontre du comité de budget, en collaboration et sous la gouverne de la Direction générale.

5. Les activités de l'établissement

5.1 Les résultats obtenus – entente de gestion et d'imputabilité

RESSOURCES HUMAINES

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
RATIO ENTRE LE NOMBRE D'HEURES EN ASSURANCE SALAIRE ET LE NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES (3.01-PS)	5,34 %	5,47 %	5,47 %
POURCENTAGE DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES TRAVAILLÉES PAR LES INFIRMIÈRES (3.05.01-PS)	4,32 %	4,18 %	4,80 %
POURCENTAGE DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES TRAVAILLÉES PAR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL DU RÉSEAU (3.05.02-PS)	2,91 %	2,7 %	3,17 %
POURCENTAGE DE RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE PAR LES INFIRMIÈRES (3.06.01-PS)	11,36 %	10,63 %	8,40 %
POURCENTAGE DE RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE PAR LES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES (3.06.02-PS)	6,36 %	4,10 %	3,95 %
POURCENTAGE DE RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE PAR LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES (3.06.03-PS)	1,07 %	0,96 %	0,90 %
POURCENTAGE DE RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE PAR LES INHALOTHÉRAPEUTES (3.06.04-PS)	0 %	0 %	0%
NOMBRE D'INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES (IPS) EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE TITULARISÉES ET OFFRANT DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE (3.07-PS)	3	5	3

AVOIR MIS À JOUR LE PLAN DE MAIN-D'ŒUVRE DE L'ÉTABLISSEMENT (3-08-PS)	RÉALISÉ	RÉALISÉ
AVOIR COMPLÉTÉ TROIS DÉMARCHES (PROJETS) CONCERTÉES DE RÉVISION DES PROCESSUS DE SOINS ET DE SERVICES ET DE RÉORGANISATION DU TRAVAIL (3.09-PS)	RÉALISÉ	RÉALISÉ
AVOIR MIS EN ŒUVRE UN PROGRAMME DE SOUTIEN À LA RELÈVE PROFESSIONNELLE (3.10-PS)	RÉALISÉ	RÉALISÉ
ÊTRE ACCRÉDITÉ PAR UN PROGRAMME RECONNU VISANT L'AMÉLIORATION DU CLIMAT DE TRAVAIL — ÉTABLISSEMENT PROMOTEUR DE SANTÉ, ENTREPRISE EN SANTÉ, PLANETREE (3.13-PS)	RÉALISÉ	RÉALISÉ
AVOIR OBTENU UN AGRÉMENT INCLUANT LE VOLET DE MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES (3.14-PS)		

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
NOMBRE D'ACCÈS-UTILISATEUR (MÉDECINS ET INFIRMIÈRES) AU VISUALISATEUR DU DSQ, AU COURS DE L'ANNÉE 2014-2015 DANS LE CADRE DU DÉPLOIEMENT POUR LES DOMAINES LABORATOIRE, IMAGERIE MÉDICALE ET MÉDICAMENT	0	130	99

SANTÉ PUBLIQUE

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
RESPECT DU RATIO RECOMMANDÉ D'INFIRMIÈRE (ETC) AFFECTÉE AU PROGRAMME DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN CHSGS (1.01.11A-EG1)	100	100	100

RESPECT DU RATIO RECOMMANDÉ D'INFIRMIÈRE (ETC) AFFECTÉE AU PROGRAMME DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN CHSLD (1.01.11B-EG1)	0	100	100
POURCENTAGE DES FEMMES AYANT ACCOUCHE DANS L'ANNÉE DE RÉFÉRENCE ET SUIVIES DANS LES SIPPE (1.01.12-EG2)	52 %	60 %	63,5 %
NOMBRE MOYEN DE VISITES À DOMICILE PAR SEMAINE AUPRÈS DES FEMMES SUIVIES DANS LES SIPPE DE LA 12^E SEMAINE DE GROSSESSE À L'ACCOUCHEMENT MOINS UN JOUR (PRÉNATALE), AU COURS DE L'ANNÉE DE RÉFÉRENCE (1.01.12.B1-EG2)	0,09	0,25	0,11
NOMBRE MOYEN DE VISITES À DOMICILE PAR SEMAINE AUPRÈS DES FEMMES SUIVIES DANS LES SIPPE DE LA NAISSANCE À LA 6^E SEMAINE DE VIE DE L'ENFANT (POSTNATALE 1), AU COURS DE L'ANNÉE DE RÉFÉRENCE (1.01.12.B2-EG2)	0,57	0,65	0,60
NOMBRE MOYEN DE VISITES À DOMICILE PAR SEMAINE AUPRÈS DES FEMMES SUIVIES DANS LES SIPPE DE LA 7^E SEMAINE AU 12^E MOIS DE VIE DE L'ENFANT (POSTNATALE 2), AU COURS DE L'ANNÉE DE RÉFÉRENCE (1.01.12.B3-EG2)	0,10	0,17	0,07
NOMBRE MOYEN DE VISITES À DOMICILE PAR SEMAINE AUPRÈS DES FEMMES SUIVIES DANS LES SIPPE DU 13^E AU 60^E MOIS DE VIE DE L'ENFANT (POSTNATALE 3), AU COURS DE L'ANNÉE DE RÉFÉRENCE (1.01.12.B4-EG2)	0,01	0,05	0,03
POURCENTAGE D'ÉCOLES QUI IMPLANTENT L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ (AÉS) (1.01.13-EG2)	84,60 %	60 %	89,2 %
PROPORTION DES ENFANTS RECEVANT EN CSSS — MISSION CLSC — LEUR 1^{RE} DOSE DE VACCIN CONTRE LE DCaT-POLIO-HiB DANS LES DÉLAIS (1.01.14-EG2)	92,5 %	90 %	92,9 %
PROPORTION DES ENFANTS RECEVANT EN CSSS — MISSION CLSC — LEUR 1^{RE} DOSE DE VACCIN CONTRE LE MÉNINGOCOQUE DE SÉROGROUPE C DANS LES DÉLAIS (1.01.15-EG2)	69,7 %	80 %	73,3 %

RESPECTER LES CIBLES DE COUVERTURE VACCINALE CONTRE L'INFLUENZA POUR LES PERSONNES HÉBERGÉES	ND	80 %	ND
RESPECTER LES CIBLES DE COUVERTURE VACCINALE CONTRE L'INFLUENZA POUR LE PERSONNEL SOIGNANT	ND	60 %	44,5 %
ACTIVITÉS DE PROMOTION, DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION PRÉVUES DANS LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE			
PRÉSENCE D'UN PROGRAMME STRUCTURÉ DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (1.01.18-EG2)	RÉALISÉ		RÉALISÉ
NIVEAU DE RÉALISATION MOYEN DES 4 ÉTAPES REQUISES POUR L'ÉLIMINATION DES ZONES GRISES DANS LES UNITÉS DE COURTE DURÉE (2.02.02-EG2)	67 %	100 %	100 %
TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES (DIARRHÉES ASSOCIÉES AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE) INFÉRIEURS OU ÉGAUX AU(X) SEUIL(S) (1.01.19.1-PS)	ND	6,3 (5,9 ; 6,6)	13,9 %
TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES (BACTÉRIÉMIES À STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE) INFÉRIEURS OU ÉGAUX AU(X) SEUIL(S) (1.01.19.2- PS)	ND	0,56	0 %
NOMBRE D'ACTIVITÉS DE COUNSELING POST-TEST ITSS AVEC INTERVENTION(S) PRÉVENTIVE (S) (1.01.22.-EG2)	ND	114	211
NOMBRE D'ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE DES ITSS AUPRÈS DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES (1.01.23.-EG2)	ND	1 546	1 358
GES-0101 – NOMBRE DE FUMEURS REJOINTS PAR LE CENTRE D'ABANDON DU TABAC	87	192	ND
R14-0102 – NOMBRE D'INTERVENTIONS INDIVIDUELLES EFFECTUÉES DANS LE CENTRE D'ABANDON DU TABAC	296	576	ND

SERVICES GÉNÉRAUX

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
NOMBRE DE NOUVEAUX PATIENTS INSCRITS AU PROGRAMME SUR LE RISQUE CARDIOMÉTABOLIQUE	ND	200	ND
NUMÉRATEUR – NOMBRE D'INTERVENTIONS EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE (1.09.06-EG1)	8 372	8 299	9 407

SANTÉ PHYSIQUE

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

DURÉE DE SÉJOUR ACCEPTABLE À L'URGENCE POUR LES PERSONNES SUR CIVIÈRE

SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE (DURÉE) (1.09.01-PS)	28,37	12,00	24,62
POURCENTAGE DE SÉJOURS DE 48 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE (1.09.03-PS)	17,3 %	0 %	11,6 %
POURCENTAGE DE SÉJOURS DE 24 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE (1.09.31-PS)	46,18 %	20,0 %	41,96 %

CHIRURGIE /DÉLAIS RESPECTÉS

POURCENTAGE DES DEMANDES INSCRITES AU MÉCANISME CENTRAL TRAITÉES DANS LES DÉLAIS POUR UNE ARTHROPLASTIE TOTALE DE LA HANCHE (1.09.20.01-PS)	98,8 %	90 %	85,3 %
POURCENTAGE DES DEMANDES INSCRITES AU MÉCANISME CENTRAL TRAITÉES DANS LES DÉLAIS POUR UNE ARTHROPLASTIE TOTALE DU GENOU (1.09.20.02-PS)	96,6 %	90 %	86,7 %
POURCENTAGE DES DEMANDES INSCRITES AU MÉCANISME CENTRAL TRAITÉES DANS LES DÉLAIS POUR UNE CHIRURGIE DE LA CATARACTE (1.09.20.03-PS)	99,8 %	90 %	99,5 %
POURCENTAGE DES DEMANDES INSCRITES AU MÉCANISME CENTRAL TRAITÉES DANS LES DÉLAIS POUR UNE CHIRURGIE D'UN JOUR (1.09.20.04-PS)	95,1 %	90 %	92,3 %

POURCENTAGE DES DEMANDES INSCRITES AU MÉCANISME CENTRAL TRAITÉES DANS LES DÉLAIS POUR UNE CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION (1.09.20.05-PS)	98,4 %	90 %	97,7 %
POURCENTAGE DES PATIENTS TRAITÉS PAR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DANS UN DÉLAI INFÉRIEUR OU ÉGAL À 28 JOURS (DE CALENDRIER) (1.09.33.01-PS)	64,8 %	90 %	71,8 %
POURCENTAGE DES PATIENTS TRAITÉS PAR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DANS UN DÉLAI INFÉRIEUR OU ÉGAL À 56 JOURS (DE CALENDRIER) (1.09.33.02-PS)	92,6 %	100%	92,1 %
CHIRURGIES EN ATTENTE DEPUIS PLUS D'UN AN			
NOMBRE DE DEMANDES DE CHIRURGIES EN ATTENTE DEPUIS PLUS D'UN AN (1.09.32-EG2)	0	0	14
NOMBRE DE DEMANDES DE CHIRURGIES EN ATTENTE DEPUIS PLUS DE 1 AN POUR UNE ARTHROPLASTIE TOTALE DE LA HANCHE (1.09.32.01-EG2)	0	0	1
NOMBRE DE DEMANDES DE CHIRURGIES EN ATTENTE DEPUIS PLUS DE 1 AN POUR UNE ARTHROPLASTIE TOTALE DU GENOU (1.09.32.02-EG2)	0	0	2
NOMBRE DE DEMANDES DE CHIRURGIES EN ATTENTE DEPUIS PLUS DE 1 AN POUR UNE CHIRURGIE DE LA CATARACTE (1.09.32.03-EG2)	0	0	2
NOMBRE DE DEMANDES DE CHIRURGIES EN ATTENTE DEPUIS PLUS DE 1 AN POUR UNE CHIRURGIE D'UN JOUR (1.09.32.04-EG2)	0	0	9
NOMBRE DE DEMANDES DE CHIRURGIES EN ATTENTE DEPUIS PLUS DE 1 AN POUR UNE CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION (1.09.32.05-EG2)	0	0	0
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES EN ATTENTE DE MOINS DE TROIS MOIS POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES GRAPHIES (1.09.34.01-EG2)	92,6 %	100 %	92,1 %

PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES EN ATTENTE DE MOINS DE TROIS MOIS POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES SCOPIES (1.09.34.02-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES EN ATTENTE DE MOINS DE TROIS MOIS POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES MAMMOGRAPHIES DIAGNOSTIQUES (1.09.34.03-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES EN ATTENTE DE MOINS DE TROIS MOIS POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES (1.09.34.04-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES EN ATTENTE DE MOINS DE TROIS MOIS POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES CARDIAQUES (1.09.34.05-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES EN ATTENTE DE MOINS DE TROIS MOIS POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES MAMMAIRES (1.09.34.06-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES EN ATTENTE DE MOINS DE TROIS MOIS POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES AUTRES ÉCHOGRAPHIES (1.09.34.07-EG2)	94,5%	90%	100%
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES EN ATTENTE DE MOINS DE TROIS MOIS POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES TOMODENSITOMÉTRIES (1.09.34.08-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES EN ATTENTE DE MOINS DE TROIS MOIS POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES RÉSONANCES MAGNÉTIQUES (1.09.34.09-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES EXAMENS LUS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES GRAPHIES (1.09.35.01-EG2)	100 %	90 %	100 %

PROPORTION DES EXAMENS LUS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES SCOPIES (1.09.35.02-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES EXAMENS LUS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES MAMMOGRAPHIES DIAGNOSTIQUES (1.09.35.03-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES EXAMENS LUS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES (1.09.35.04-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES EXAMENS LUS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES CARDIAQUES (1.09.35.05-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES EXAMENS LUS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES MAMMAIRES (1.09.35.06-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES EXAMENS LUS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES AUTRES ÉCHOGRAPHIES (1.09.35.07-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES EXAMENS LUS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES TOMODENSITOMÉTRIES (1.09.35.08-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES EXAMENS LUS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES RÉSONANCES MAGNÉTIQUES (1.09.35.09-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE À L'INTÉRIEUR DES DÉLAIS ÉTABLIS POUR CHACUN DES NEUF EXAMENS DIAGNOSTIQUES (1.09.36-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE À L'INTÉRIEUR DES DÉLAIS ÉTABLIS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES GRAPHIES (1.09.36.01-EG2)	100 %	90 %	100 %

PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE À L'INTÉRIEUR DES DÉLAIS ÉTABLIS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES SCOPIES (1.09.36.02-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE À L'INTÉRIEUR DES DÉLAIS ÉTABLIS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES MAMMOGRAPHIES (1.09.36.03-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE À L'INTÉRIEUR DES DÉLAIS ÉTABLIS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES (1.09.36.04-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE À L'INTÉRIEUR DES DÉLAIS ÉTABLIS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES CARDIAQUES (1.09.36.05-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE À L'INTÉRIEUR DES DÉLAIS ÉTABLIS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES MAMMAIRES (1.09.36.06-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE À L'INTÉRIEUR DES DÉLAIS ÉTABLIS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES AUTRES ÉCHOGRAPHIES (1.09.36.07-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE À L'INTÉRIEUR DES DÉLAIS ÉTABLIS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES TOMODENSITOMÉTRIES (1.09.36.08-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES POUR LA CLIENTÈLE ÉLECTIVE À L'INTÉRIEUR DES DÉLAIS ÉTABLIS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES RÉSONANCES MAGNÉTIQUES (1.09.36.09-EG2)	100 %	90 %	100 %

PROPORTION DES RAPPORTS TRANSCRITS, COMPLÉTÉS ET TRANSMIS DANS UN DÉLAI DE SEPT JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR CHACUN DES NEUF EXAMENS DIAGNOSTIQUES (1.09.37-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES RAPPORTS TRANSCRITS, COMPLÉTÉS ET TRANSMIS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES GRAPHIES (1.09.37.01-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES RAPPORTS TRANSCRITS, COMPLÉTÉS ET TRANSMIS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES SCOPIES (1.09.37.02-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES RAPPORTS TRANSCRITS, COMPLÉTÉS ET TRANSMIS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES MAMMOGRAPHIES DIAGNOSTIQUES (1.09.37.03-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES RAPPORTS TRANSCRITS, COMPLÉTÉS ET TRANSMIS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES (1.09.37.04-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES RAPPORTS TRANSCRITS, COMPLÉTÉS ET TRANSMIS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES CARDIAQUES (1.09.37.05-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES RAPPORTS TRANSCRITS, COMPLÉTÉS ET TRANSMIS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES ÉCHOGRAPHIES MAMMAIRES (1.09.37.06-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES RAPPORTS TRANSCRITS, COMPLÉTÉS ET TRANSMIS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES AUTRES ÉCHOGRAPHIES (1.09.37.07-EG2)	100 %	90 %	100 %
PROPORTION DES RAPPORTS TRANSCRITS, COMPLÉTÉS ET TRANSMIS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES TOMODENSITOMÉTRIES (1.09.37.08-EG2)	100 %	90 %	100 %

PROPORTION DES RAPPORTS TRANSCRITS, COMPLÉTÉS ET TRANSMIS DANS UN DÉLAI DE 7 JOURS OU MOINS EN IMAGERIE MÉDICALE POUR LES RÉSONANCES MAGNÉTIQUES (1.09.37.09-EG2)	100 %	90 %	100 %
POURCENTAGE DES CAS DE CANCER TRANSMIS PAR RAPPORT AUX CAS ATTENDUS AU REGISTRE QUÉBÉCOIS DU CANCER (RQC) (1.09.42.01-02-CO)	77,78 %	83 %	94,44 %
DÉSENCOMBREMENT DES URGENCES			
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PAR CH EN PROCESSUS OU EN ATTENTE D'ÉVALUATION/ORIENTATION VERS LA LONGUE DURÉE OU VERS LES LITS POST HOSPITALIERS ET OCCUPANT DES LITS DE COURTE DURÉE (CD) (4.01.01-EG2)	10,2	3	9,2
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PAR CH EN ATTENTE DE CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD) OCCUPANT DES LITS DE COURTE DURÉE (CD), EXCLUANT LA SANTÉ MENTALE (4.01.05-EG2)	3,6	3	2,7
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PAR CH EN ATTENTE DE RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES (RNI) OCCUPANT DES LITS DE COURTE DURÉE (CD), EXCLUANT LA SANTÉ MENTALE (4.01.06-EG2)	1	3	0
INDICATEUR RÉGIONAL – TAUX DE DÉCLARATION EN HÉBERGEMENT À PARTIR DU CHSGS ET PROGRAMME D'HÉBERGEMENT POUR ÉVALUATION (PHPE) DES 75 ANS ET PLUS (EG)	ND	4,99%	ND

SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
NOMBRE DE PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE RECEVANT DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DISPENSÉS PAR LES CSSS (MISSION CLSC) (S1.3.1)	5 448	5 747	5 263
NOMBRE MOYEN D'INTERVENTIONS EN SOUTIEN À DOMICILE REÇUES PAR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE (S1.3.2)	41,75	35,53	52,90
NOMBRE TOTAL D'HEURES DE SERVICE DE SOUTIEN À DOMICILE (SAD) LONGUE DURÉE RENDUES À DOMICILE PAR LES DIFFÉRENTS MODES DE DISPENSATION DE SERVICES (CSSS-MISSION CLSC) (COMPREND	278 859	300 435	335 267
DEGRÉ MOYEN D'IMPLANTATION DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES (RSIPA) DANS LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES (1.03.06-PS)	69,46 %	70 %	74,49 %
PROPORTION DES USAGERS SAPA AU SOUTIEN À DOMICILE AYANT REÇU UNE ÉVALUATION D'AUTONOMIE (GÉMO)	ND	100 %	74,3 %
SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE DES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS (1.09.02-EG1)	34,64	12	29,99
POURCENTAGE DE SÉJOUR DE 48 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE DES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS (1.09.04-EG1)	25,3	0	17,6

DÉFICIENCE PHYSIQUE ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE – TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT (DP, DI-TED)

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
ACCÈS AUX SERVICES DANS LES DÉLAIS ÉTABLIS			
NOMBRE DE PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE RECEVANT DES SERVICES EN ÉTABLISSEMENT — CSSS	1 252	1 035	1 048
TAUX DES DEMANDES DE SERVICES TRAITÉES EN CSSS, SELON LES DÉLAIS DÉFINIS COMME STANDARDS DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE — TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE (1.45.04.02-PS)	55,6 %	90 %	33,3 %
TAUX DES DEMANDES DE SERVICES TRAITÉES EN CSSS, SELON LES DÉLAIS DÉFINIS COMME STANDARDS DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE — TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE (1.45.04.03-PS)	53,8 %	90 %	47,1 %
TAUX DES DEMANDES DE SERVICES TRAITÉES EN CSSS, SELON LES DÉLAIS DÉFINIS COMME STANDARDS DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE — TOUS ÂGES – PRIORITÉ MODÉRÉE (1.45.04.04-PS)	75,6 %	90 %	85,4 %
NOMBRE D'USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TED DONT LA FAMILLE REÇOIT DES SERVICES DE SOUTIEN (RÉPIT, GARDIENNAGE, DÉPANNAGE) PAR ALLOCATION DIRECTE – CSSS (1.05.13-EG1)	430	420	477
NOMBRE DE PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED RECEVANT DES SERVICES EN ÉTABLISSEMENT – CSSS (1.41.05.01-Eg1)	777	720	840
POURCENTAGE DES DEMANDES DE SERVICES TRAITÉS EN CSSS, SELON LES DÉLAIS DÉFINIS COMME STANDARDS DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE	50 %	90 %	100 %

TAUX DES DEMANDES DE SERVICES EN DI-TED TRAITÉES EN CSSS, SELON LES DÉLAIS DÉFINIS COMME STANDARDS DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED — TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE (1.45.05.03-PS)	85,7 %	90 %	66,7 %
TAUX DES DEMANDES DE SERVICES TRAITÉES EN CSSS, SELON LES DÉLAIS DÉFINIS COMME STANDARDS DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED — TOUS ÂGES – PRIORITÉ MODÉRÉE (1.45.05.04-PS)	87,6 %	90 %	90,7 %
DÉLAI MOYEN D'ACCÈS AU PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ EN CSSS (MISSION CLSC)	ND	30 %	ND

DÉPENDANCES

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
ACCÈS À DES SERVICES DE 1 ^{RE} LIGNE POUR LES PERSONNES À RISQUE D'ABUS OU DE DÉPENDANCE			
NOMBRE DE JEUNES ET D'ADULTES AYANT REÇU DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE, EN TOXICOMANIE ET EN JEU PATHOLOGIQUE, OFFERTS PAR LES CSSS (1.07.05-PS)	283	260	300

SANTÉ MENTALE

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	CIBLE 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
NOMBRE DE PLACES EN SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE (SIV) DANS LA COMMUNAUTÉ POUR DES ADULTES DE 18 ANS ET PLUS MESURÉ PAR LE NOMBRE MOYEN D'ADULTES QUI ONT REÇU CES SERVICES (1.08.05-PS)	90	85	147
NOMBRE D'USAGERS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX AYANT REÇU DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE 1 ^{ERE} LIGNE EN CSSS (MISSION CLSC) (1.08.09-PS)	2934	3650	2994

NOMBRE D'USAGERS DE MOINS DE 18 ANS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX AYANT REÇU DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE 1^{RE} LIGNE EN CSSS (MISSION CLSC)	440	630	446
NOMBRE D'ADULTES DE 18 ANS ET PLUS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX AYANT REÇU DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE 1^{RE} LIGNE EN CSSS (MISSION CLSC)	2494	3020	2948
NOMBRE D'USAGERS DE MOINS DE 18 ANS EN ATTENTE DEPUIS 30 JOURS OU PLUS POUR UN TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE (AVEC EXPÉRIMENTATION)	ND	0	ND
NOMBRE D'USAGERS DE 18 ANS ET PLUS EN ATTENTE DEPUIS 30 JOURS OU PLUS POUR UN TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE (AVEC EXPÉRIMENTATION)	ND	0	ND
SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE À L'URGENCE POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE (1.08.07-EG1)	29,62	12	24,98
POURCENTAGE DE SÉJOUR DE 48 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE À L'URGENCE POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE (1.08.08-EG1)	17,49 %	0	10,98 %
NOMBRE D'USAGERS DONT LE DÉLAI D'ACCÈS AUX SERVICES DE 2^E OU 3^E LIGNE EN SANTÉ MENTALE EST SUPÉRIEUR À 60 JOURS (1.08.10-EG1)	4	0	25

5.2 L'amélioration continue de la qualité des soins et services

Agrément

Une visite d'Agrément Canada s'est déroulée du 25 au 30 mai 2014. Au cours de la semaine, les visiteurs ont évalué les processus administratifs et cliniques, visité les installations et rencontré plus de 150 personnes, dont des membres du conseil d'administration, des directeurs, des cadres, des employés et des usagers. Les visiteurs ont évalué 2 253 critères de qualité concernant l'établissement dont 2 043 ont été évalués conformes, soit 90,7 %. Le CSSS a reçu la confirmation de l'agrément le 20 juin 2014.

La visite s'est terminée par une séance synthèse où les visiteurs ont présenté les points forts et les zones d'amélioration de l'établissement.

Les points forts cliniques

- Le conseil d'administration;
- l'engagement du personnel envers la clientèle;
- la réorganisation en hébergement;
- l'accueil clinique;
- le processus de gestion des séjours à l'Hôpital Fleury;
- le génie biomédical;
- l'unité de retraitement des dispositifs médicaux;
- le partenariat avec la communauté;
- la connaissance et la réponse aux besoins de la population du réseau local de services;
- le fonctionnement en équipe interdisciplinaire.

Les réalisations depuis la dernière visite

- Le réaménagement des espaces physiques alloués aux laboratoires et à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux;
- le programme d'entretien préventif des équipements.

Les défis

- La formalisation des politiques et procédures;
- l'encombrement des espaces;
- l'exiguïté de certains locaux;
- la continuité des services dans un contexte de renouvellement des équipes;
- la communication organisationnelle;
- la mobilisation du personnel;
- le suivi des audits.

Les 18 équipes ont reçu des rapports détaillés pour leur secteur d'activité; des plans d'action intégrant les résultats de la visite d'agrément et les résultats des sondages

auprès des usagers et des résidents ont été préparés afin d'assurer un suivi de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Un rapport de suivi a été transmis à Agrément Canada le 30 octobre 2014. Ce rapport concernait les pratiques organisationnelles requises (POR) dont les résultats n'avaient pas été évalués conformes lors de la visite du mois de mai :

- la mise en œuvre du programme de prévention des chutes dans les secteurs de la médecine et de la chirurgie;
- l'évaluation du risque de plaies de pression dans les secteurs de la chirurgie;
- l'identification des populations à risques de chutes dans le secteur de l'imagerie médicale;
- la formation continue du personnel infirmier sur les pompes à perfusion au programme du Soutien à domicile;
- la double identification des usagers au centre de prélèvements du CLSC de Montréal-Nord et sur les unités de soins de l'Hôpital Fleury;
- la non-utilisation des abréviations dangereuses lors de la rédaction des prescriptions médicales manuscrites et dans les notes au dossier rédigées par le personnel infirmier et les médecins;
- l'adoption d'un plan sur la sécurité des usagers par la direction de l'établissement.

Le 4 novembre 2014, Agrément-Canada confirmait le respect de ces exigences par l'établissement.

RÉSULTATS PAR DIMENSION DE LA QUALITÉ	Conformes	Non conformes
Accent sur la population (travailler avec la communauté afin de prévoir ses besoins y répondre)	82	5
Accessibilité (offrir des services équitables, en temps opportun)	95	6
Sécurité (assurer la sécurité des personnes)	532	52
Milieu de travail (favoriser le bien-être en milieu de travail)	162	7
Services centrés sur le client (penser d'abord aux clients et aux familles)	206	12
Continuité des services (offrir des services coordonnés et non interrompus)	70	0
Efficacité (faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possible)	825	125
Efficience (utiliser les ressources le plus adéquatement possible)	71	3
TOTAL	2 043	210

CONFORMITÉ DES NORMES PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS			
SECTEUR	%	SECTEUR	%
Gouvernance	92.3 %	Leadership	90.8 %
Prévention des infections	94.6 %	Gestion des médicaments	93.2 %
Analyses de biologie délocalisées	62.2 %	Services de laboratoires médicaux	69.5 %
Services transfusionnels	71.5 %	Services d'imagerie diagnostique	83.1 %
Salle d'opération	99.0 %	Retraitement des appareils médicaux	98.9 %
Services de chirurgie	97.8 %	Services de médecine	100 %
Services de soins intensifs	97.5 %	Service des urgences	96.8 %
Soins et services à domicile	92.4 %	Hébergement	96.9 %
Santé mentale	97.5 %	Santé mentale communautaire	99.2 %
Santé communautaire	98.5 %	Services offerts aux personnes présentant des déficits	97.3 %

5.3 L'éthique clinique

Au cours de la dernière année, le Comité d'éthique clinique a poursuivi ses objectifs comme indiqué à son Plan d'action 2014-2016.

Les quatre actions principales de cette année ont été la poursuite de la formation continue des membres sur un thème identifié, la mise en action de différentes modalités de contact avec le CMDP pour présentation de ses rôles et mandats, le développement d'une formule aide-mémoire de formation (carte postale) et un canevas de présentation des membres-ambassadeurs.

Principales réalisations du comité d'éthique clinique

Formation continue aux membres

Le comité a poursuivi son processus d'autoformation sur deux thèmes identifiés, soit la théorie éthique et les aspects entourant le « Mourir dans la dignité ». Ainsi, la formation a de nouveau été prise en charge par l'ensemble des membres du comité. Chacun ayant eu à résumer un texte choisi. Cette année, un exercice de pensée critique a été

ajouté pour permettre à chacun de peaufiner sa lecture de situations présentant des problèmes ou dilemmes éthiques.

Un plan ayant été identifié lors du dernier bilan incluait les thèmes des théories éthiques et du « Mourir dans la dignité », celui-ci a été planifié sur trois années toujours en utilisant la formule de l'autoformation avec utilisation de lectures résumées.

À nouveau, les discussions entre les membres ont permis la prise de parole et le développement de l'écoute de l'altérité. Les membres continuent de croire au bien-fondé de cette démarche, d'autant plus qu'ils sont tous également impliqués et reconnaissent le bienfait que cela apporte individuellement et collectivement en termes d'apprentissage et de recul. De plus, par cet exercice collectif, la prise de parole de chacun lors de son rôle d'ambassadeur ne s'en trouve que bonifiée (objectif 4).

Lien avec le conseil des médecins, pharmaciens et dentistes

À la suite de la sollicitation de la présidente auprès du président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), plusieurs activités ont eu lieu, soit la présentation des mandats et rôles du comité auprès de l'exécutif du CMDP (13 janvier 2015), de la table des chefs (11 février 2015) et à l'assemblée générale ordinaire du CMDP (16 mars 2015).

De plus, un lien a été établi avec le responsable de la formation médicale continue des membres du CMDP. Ce dernier a accepté de libérer une plage horaire pour présenter un sujet éthique choisi par les deux membres représentant le CMDP.

Ces démarches ont été faites conjointement avec les membres représentant le CMDP et la présidente.

Carte postale

Afin de favoriser l'intégration des acquis lors des formations offertes à l'interne par le comité auprès des employés et médecins, un aide-mémoire sous forme de carte postale a été développé qui leur sera acheminé un mois après la formation.

Canevas de présentation des membres

Un canevas de présentation de chaque membre ambassadeur a été créé, indiquant leur motivation et représentation. Il identifiera chaque membre à partir des valeurs auxquelles il adhère, sa motivation à participer au comité d'éthique, ce que le comité représente pour lui et ce qu'il lui apporte en tant qu'intervenant et membre. Cette capsule-photo a été développée pour être utilisée dans la revue Le Cercle et sur la porte de bureau des membres.

Réunions du comité

Le comité s'est réuni à six reprises en 2014-2015.

Intégrité des membres

Aucune plainte ou allégation de manquement à l'intégrité n'a été reçue durant l'année.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré au cours de l'année.

Collaboration avec des partenaires internes et externes

Cette année, le comité a eu deux collaborations internes. La première a été un avis du comité à la suite d'une demande de la Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux concernant les aspects éthiques soulevés lors d'une demande d'enregistrement d'entrevues (intervenants psychosociaux) en cours de formation continue des intervenants.

Tel que mentionné ci-dessus, la deuxième collaboration a été avec le CMDP via la présentation des rôles et des mandats du comité à différentes instances médicales en collaboration avec la présidente du comité et les deux médecins siégeant au sein du comité. Un lien a également été fait avec le président du comité de formation d'éducation continue du CMDP concernant la mise sur pied de conférences-formations à offrir aux médecins pour la prochaine année.

Participation à des activités de formation, colloques ou conférences

- Des membres du comité ont participé à l'une ou l'autre de ces activités :
 - Soins de fin de vie;
 - Explorations 2014 – Dilemmes éthiques en pratique clinique : construire des stratégies de collaboration – 23 octobre Centre universitaire de santé McGill;
 - Consentement aux soins.
 - Vulnérabilité – éthique organisationnelle.
 - Colloque Droit et santé mentale.
 - Atelier du CRE de la bioéthique : Samia Hurst « Les patients les plus vulnérables ».

Objectifs pour l'année 2014-2015

Considérant l'actualité autour du thème du « Mourir dans la dignité », le comité a jugé opportun de commencer à travailler dès cette année cet aspect pour s'assurer de bien pouvoir répondre aux demandes de collaboration avec des instances internes ou de consultation traitant de ce sujet. Il poursuivra cette activité.

Le comité continuera d'établir un ordre de priorité aux demandes de consultation. Toutefois, aucune demande n'ayant eu lieu cette année, il devra réfléchir à accentuer ses activités publiques; conférences midi, publicité de son offre de formation, etc. Considérant la situation actuelle au sein du réseau de la santé, ces activités n'ont pas été mises de l'avant pour des raisons de priorités organisationnelles.

La prochaine année sera centrée sur le rapport plus étroit avec les membres du CMDP en termes de collaboration avec leurs différentes instances et l'élaboration d'une offre de conférence-formations précisément indiqués pour ses membres.

D'autre part, l'offre de formation à l'ensemble des employés du CSSS est toujours formalisée avec le service de formation du CSSS, ce qui permet un accès à cette offre en continu sur le site Intranet du CSSS dans la section formation employés.

Le comité continuera à se tenir au fait des actualités touchant son mandat via les revues de presse.

Enfin, le comité devra possiblement revoir son plan d'action 2014-2016 pour tenir compte de la prochaine réalité administrative et, le cas échéant, collaborer avec de nouveaux partenaires. Une période de transition impliquant à nouveau des activités d'information sur ses rôles et mandats est à prévoir de même qu'un possible remaniement.

Budget de fonctionnement

Cette année, le budget de fonctionnement (2013-2014) a été reconduit tout comme celui de l'année précédente par le directeur général adjoint. Le budget de fonctionnement couvre les frais reliés aux réunions, aux formations des membres et aux honoraires professionnels de la conseillère en éthique.

Conclusion

L'année 2014-2015 a été marquée principalement par la poursuite de la formation continue des membres et le travail de liaison avec les différentes instances du CMDP.

Le comité devra à nouveau s'assurer que le personnel et les médecins demeurent informés de cette ressource mise à leur disposition; il tentera de trouver différents moyens de joindre particulièrement le personnel de l'hôpital au niveau des différents quarts de travail. De plus, l'accent sera mis au cours de la prochaine année sur une nouvelle tournée des conseils professionnels via leur exécutif et leurs rencontres régulières et annuelles.

Enfin, le comité d'éthique clinique devra être au fait des répercussions sur ses rôles et mandats des changements majeurs en cours au sein du réseau de la santé et des services sociaux modifiant la structure organisationnelle du Centre de santé et de services sociaux. Avec l'ajout de plusieurs nouveaux partenaires, plusieurs activités devront être discutées au cours des prochains mois, notamment la collaboration possible avec les comités d'éthique clinique du CIUSSS.

Approbation du rapport d'activités 2014-2015

Le présent rapport d'activités 2014-2015 du comité d'éthique clinique a été déposé et approuvé par ses membres à la réunion du 21 avril 2015.

5.4 La sécurité des soins et des services

Gestion des risques

Actions réalisées pour promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents et accidents au cours de l'année ont été les suivantes :

- Implantation du nouveau formulaire de déclaration des événements accidentels (AH-223) à partir du 1er avril 2014.
- Sensibilisation à l'importance de déclarer les incidents et accidents lors de la journée d'accueil des nouveaux employés.
- Rencontre des nouveaux cadres afin que chacun connaisse son rôle dans l'implantation de la culture de sécurité et la déclaration des événements indésirables.
- Transmission, aux cadres et aux conseils professionnels, de rapports trimestriels sur les activités en gestion des risques.
- Poursuite des efforts dans l'application des mesures de prévention et contrôle des infections dans les centres d'hébergement et à l'hôpital.
- Poursuite des travaux des comités partenaires : comité sur l'administration sécuritaire des médicaments et comité sur la prévention des chutes.

Registre local de déclaration des incidents et accidents

Le registre local de déclaration des incidents et accidents permet de faire un bilan des incidents et accidents utile en matière de prévention. L'entrée de données au logiciel Gesrisk demeure centralisée à la direction générale adjointe, car elle permet de s'assurer de la qualité des informations inscrites au formulaire de déclaration des incidents et accidents « AH-223 ».

Le logiciel Gesrisk est en lien avec le système d'information sur la sécurité des soins et services, en permettant de transférer automatiquement les données recueillies à partir des formulaires AH-223 dans un serveur central d'où sont extraites les données qui constituent le registre national produit annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Au cours de l'année 2014-2015, un nombre total de 5 956 déclarations a été enregistré. Cela représente une augmentation de 10,28 % depuis l'année précédente et de 28,14 % depuis deux ans.

La culture de déclaration des événements indésirables a été reconnue comme point fort du CSSS par les visiteurs d'Agrément Canada.

Événements sentinelles

Un événement sentinelle englobe des événements de deux ordres : ceux qui ont eu des conséquences majeures (niveaux de gravité G, H ou I) et ceux qui se produisent à une grande fréquence, même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences majeures. Par

conséquence majeure, on réfère à un décès ou à une perte de fonction importante ou durable pour la personne qui reçoit des soins ou des services de santé.

De tels événements sont appelés « sentinelles » parce qu'ils alertent sur le besoin d'effectuer une analyse détaillée et une enquête afin d'apporter des mesures correctives le plus rapidement possible.

Au cours de l'année, il y a eu 23 enquêtes réalisées par la gestionnaire de risques dont huit concernaient des événements dont le niveau de gravité était égal ou supérieur à G et 15 enquêtes étaient liées à des processus cliniques dont les défaillances auraient pu avoir un impact important sur la sécurité des usagers.

Les recommandations ont été déposées aux directions concernées et le suivi des plans d'amélioration est assuré par le comité de gestion des risques.

Un tableau de suivi a été élaboré au cours de l'année. Ce tableau permet de suivre tous les événements ayant requis une enquête et tous les événements de niveau F. Ce tableau est déposé aux directeurs tous les trois mois afin de les informer en continu sur les événements ayant entraîné des conséquences pour les usagers.

Évaluation annuelle des mesures de contrôles des usagers

Analyse prospective

Pour l'exercice 2014-2015, les travaux de l'analyse prospective sur les mesures de contrôle ont été poursuivis à la demande du comité de gestion des risques.

Le comité de travail était formé des personnes suivantes : la conseillère à l'amélioration continue de la qualité (coordination du comité), une conseillère clinique en soins spécialisés, une conseillère clinique en réadaptation, un chef d'unité de l'hôpital, un chef d'unité de l'hébergement, l'assistante de l'unité en santé mentale 2^e ligne, une ergothérapeute et une assistante en soins infirmiers du soutien à domicile.

Lors de la rencontre du mois de février 2014, les membres du comité avaient retenu l'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC) comme modèle de démarche. Ils ont également préparé la charte du projet et pris connaissance de la documentation de références : le programme sur les mesures de contrôle en vigueur au CSSS, les orientations ministérielles, le plan d'action ministériel et les documents utilisés pour la formation du personnel.

Toutes les informations sont regroupées et le comité a cartographié le processus et les sous-processus de la mise en œuvre d'une mesure de contrôle.

Quinze processus ont été identifiés :

- l'identification d'une situation pouvant causer un problème;
- la recherche des causes du dysfonctionnement;
- l'analyse et l'interprétation des informations recueillies;

- l'identification des mesures alternatives;
- l'identification des mesures de contrôle;
- le consentement;
- l'application de la mesure de contrôle;
- la surveillance et les soins requis;
- la réévaluation de la mesure;
- la cessation de la mesure;
- la gestion du matériel en établissement;
- la gestion du matériel à domicile;
- le registre;
- la tenue de dossier;
- les rapports et la reddition de compte.

Au mois de mai, les niveaux de risque de chaque processus et sous-processus avaient été identifiés et les modes de défaillance ont été classés par priorité. Les actions préventives prioritaires font l'objet d'un suivi par le projet « Audits et actions » piloté par la Direction des soins infirmiers :

- évaluation de l'utilisateur : identification des comportements à risque, facteurs entraînant les comportements à risque, évaluation de mesures de remplacement, réactions de l'utilisateur;
- inscription des informations au Plan thérapeutique infirmier;
- directives données pour assurer le suivi clinique de l'utilisateur : fréquence de surveillance, ajustements apportés.

Plan de sécurité des usagers

L'adoption d'un plan de sécurité des usagers est une pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada. Le plan de sécurité permet d'avoir une vision globale des activités liées à la sécurité des soins et services. La production du plan de sécurité de l'établissement était un suivi obligatoire de la visite de mai 2014. Le plan inclut les éléments de sécurité concernant également les employés et l'environnement.

La préparation du plan de sécurité a été réalisée en deux étapes. La première étape, de janvier à avril 2014, s'est déroulée dans le cadre de la démarche Entreprise en santé. Un groupe de travail, composé d'une conseillère de la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel, d'une infirmière clinicienne du Service de santé au travail et du coordonnateur des mesures d'urgence, a fait l'inventaire des risques dans l'environnement de travail et identifié les méthodes de contrôle de ces risques. Les risques ont été classés en quatre catégories : la santé du travailleur, sa sécurité, son intégrité physique et son intégrité psychologique. Le rapport a été déposé le 15 avril 2014 au comité de coordination du projet Entreprise en santé et au comité de direction. Les principales activités liées aux risques environnementaux ont été intégrées au plan de sécurité de l'établissement.

La deuxième étape a consisté à identifier les activités inscrites dans les plans d'action opérationnels des différentes directions et qui avaient un lien avec la sécurité des usagers, du personnel ou de l'environnement. Une fois ces informations colligées, regroupées par thème et validées par les responsables concernés, elles ont été inscrites dans le plan d'action organisationnel sur la sécurité des usagers.

Les activités ont été regroupées sous les thèmes suivants :

- sécurité des soins et services;
- prévention et contrôle des infections;
- santé et sécurité au travail;
- mesures d'urgence et sécurité civile;
- sécurité de l'équipement et du matériel;
- prestation sécuritaire des soins et services;
- risques organisationnels, administratifs et financiers;
- sécurité des actifs informationnels.

Le plan de sécurité des usagers sera mis à jour trois fois par année : le 30 juin, le 30 octobre et le 31 mars.

Prévention des infections

Les activités en prévention des infections font l'objet d'un suivi à chaque rencontre du comité de gestion des risques. Le comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales a un rôle décisionnel. Il est consulté afin de procéder à une analyse de la situation et de proposer les ajustements requis. Le comité doit effectuer une révision annuelle des objectifs et priorités en matière d'infections nosocomiales établis par l'équipe en prévention des infections et faire ses recommandations aux instances visées. Les objectifs et priorités doivent être connus de la direction générale et acceptés par le conseil d'administration. En 2014-2015, le comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales a tenu sept réunions dans le but de :

- faire le suivi des taux de C. difficile et, au besoin, mettre en place et faire le suivi d'un plan d'action;
- faire le suivi des infections nosocomiales;
- faire le suivi des éclosions du CSSS;
- faire l'analyse des données de surveillance et au besoin mettre des mesures en place;
- s'assurer de la conformité du CSSS en lien avec la prévention et le contrôle des infections pour différents dossiers et en assurer le suivi.

5.5 La satisfaction des usagers et le respect de leurs droits

Les insatisfactions des usagers : un levier pour l'amélioration continue de la qualité des services

Le Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services relève du conseil d'administration. Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services offerts à la population, il est responsable du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs insatisfactions et demandes d'assistance. La commissaire, l'adjoint à la commissaire et les médecins examinateurs exercent leurs fonctions par le biais d'une approche respectueuse et constructive favorisant l'écoute du point de vue de toutes les parties impliquées.

Mandatés pour traiter les plaintes, demandes d'assistances ou interventions, les membres du Bureau procèdent directement aux démarches nécessaires telles que l'étude du dossier du plaignant, la rencontre des personnes concernées, la consultation des règles et procédures en vigueur, etc. C'est au terme de cette analyse d'enquête que les conclusions sont transmises. On y retrouve des explications, recommandations et engagements d'amélioration et de suivi afin de résoudre les situations présentées de façon adéquate et d'éviter la répétition des problèmes.

La promotion du régime d'examen des plaintes, l'information relative aux droits et aux responsabilités des usagers et au code d'éthique sont également des responsabilités dévolues à la commissaire et à son adjoint. Au cours de l'année, des activités spécifiques ont été réalisées en ce sens : présentation du régime d'examen des plaintes et du code d'éthique aux journées d'accueil des nouveaux employés et aux nouveaux cadres; diffusion du dépliant sur les plaintes et du code d'éthique; parution d'articles sur les droits des usagers dans le journal interne assortis d'un concours sur le code d'éthique; diffusion d'affiches et de messages télévisés sur les droits des usagers; mise à disposition de la clientèle à domicile ou en attente de services d'informations relatives au code d'éthique et au régime d'examen des plaintes, etc. Différentes activités ont été réalisées avec plusieurs partenaires : comité des usagers, comités de résidents, conseil multidisciplinaire, cadres, partenaires de l'établissement, afin de faire connaître le rôle du Bureau.

Bilan des demandes reçues et conclues du 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015

Globalement, l'année 2014-2015 a été marquée par une légère diminution du nombre de plaintes, plaintes médicales et interventions conclues. Toutefois, les demandes d'assistance traitées ont légèrement augmenté, si bien qu'au total, le nombre de dossiers traités aura été de 570, alors qu'il était de 581 l'an dernier. En comparaison avec l'an dernier, ce sont les objets liés aux droits particuliers qui sont en augmentation du côté des plaintes, plaintes médicales et interventions, alors qu'une baisse du nombre d'objets pour les autres catégories est constatée. Les demandes d'assistance liées aux droits particuliers sont également en augmentation, mais aussi celles liées à l'aspect financier, à l'organisation du milieu et des ressources matérielles ainsi qu'aux soins et services dispensés. Ces plaintes, plaintes médicales et interventions ont été autant

d'occasions de recevoir l'appréciation des usagers quant aux services offerts. D'ailleurs, la majorité d'entre elles aura généré la mise en place de mesures visant l'adaptation constante des services aux besoins de la population, mesures dont l'optimisation du suivi s'est poursuivie au cours de 2014-2015. De fait, 85 % des mesures correctives étaient de nature systémique, donc profiteront à un plus grand nombre d'usagers.

Bilan des demandes reçues et conclues		2014-2015	2013-2014
Plaintes autres que médicales	Plaintes reçues	173	192
	Plaintes conclues	169	196
Plaintes médicales	Plaintes reçues	14	19
	Plaintes conclues	16	22
Interventions	Interventions reçues	25	28
	Interventions conclues	26	28
Demandes d'assistance		359	342

Les plaintes conclues par la commissaire et son adjoint ont connu une diminution de 10 % au cours de l'exercice. Au total, les 211 plaintes, plaintes médicales et interventions conclues durant l'année comportaient 466 objets de plaintes, un même dossier pouvant nécessiter l'examen de plus d'un motif d'insatisfaction. Les plaintes autres que médicales ont été traitées dans le respect des délais légaux dans une proportion de 98 %.

Principaux motifs de demandes et marques de reconnaissance

Catégorie d'objets	<u>Nombre d'objets</u> Plaintes, plaintes médicales et interventions		<u>Nombre d'objets</u> Demandes d'assistance		<u>Nombre d'objets</u> Marques de reconnaissance	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Accessibilité	76	77	102	131	10	20
Aspect financier	4	6	28	11	---	---
Droits particuliers	68	49	62	46	---	---
Organisation du milieu et ressources matérielles	48	55	44	39	9	11
Relations interpersonnelles	82	122	13	15	51	77
Soins et services dispensés	188	206	104	90	69	113
Autres objets	---	---	6	10	Appréciation générale des services 15	Appréciation générale des services 30
Total – nombre d'objets	466	515	359	342	154, pour 95 marques reçues	251, pour 168 marques reçues

5.6 La consultation de la population et les sondages sur la satisfaction

Dans le cadre de la démarche d'agrément, des sondages auprès des usagers et des résidents ont été effectués et leurs résultats détaillés ont été communiqués auprès des 18 équipes d'amélioration continue de la qualité. De plus, la visite d'Agrément Canada s'est déroulée du 25 au 30 mai 2014 et les représentants ont visité toutes les installations du CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord et rencontré plus de 150 personnes, dont plusieurs usagers.

Aussi, les comités des résidents des centres d'hébergement Edmond-Laurendeau et Paul-Lizotte ont procédé à une démarche de consultation auprès de leurs membres.

6. Les conseils et les comités de l'établissement

6.1 Le conseil d'administration du CSSS d'Achutesic et Montréal-Nord

Les membres (collège électoral) au 31 mars 2015

- Denis Rousseau, président (population)
- Gaston Fréchette, vice-président (population)
- François Dufresne, trésorier (fondation)
- Agnès Boussion, secrétaire (directrice générale)
- Robert Aubin (comité des usagers)
- Annie Bernatchez (personnel non clinique)
- Christine Black (cooptation)
- Alexandre Bouras (cooptation)
- Carmen Charrette (comité des usagers)
- Jacques Gobeil (cooptation)
- Joseph Duret Jean-Louis (cooptation)
- Véronique Pepin (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal)
- D^{re} Christiane Richard, médecin (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens)
- Édith Sauvageau (cooptation)
- Nathalie Pigeon (conseil des infirmières et infirmiers)
- Gervaise Tardif (conseil multidisciplinaire)
- Deux postes vacants

6.2 Le comité d'évaluation de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

- Robert Aubin
- Édith Sauvageau
- Denis Rousseau, président du conseil d'administration (membre d'office)

6.3 Le comité d'évaluation de la directrice générale

- François Dufresne
- Gaston Fréchette
- Édith Sauvageau
- Denis Rousseau, président du conseil d'administration (membre d'office)

6.4 Le comité de gouvernance et d'éthique

- François Dufresne
- Gaston Fréchette
- Édith Sauvageau
- Gervaise Tardif
- Denis Rousseau, président du conseil d'administration (membre d'office)

6.5 Le comité des ressources humaines

- Christine Black
- Gaston Fréchette
- Joseph Duret Jean-Louis
- Véronique Pepin
- Gervaise Tardif
- Denis Rousseau, président du conseil d'administration (membre d'office)

6.6 Le comité de révision

- Véronique Pepin, présidente
- Gaston Fréchette, substitut

6.7 Le comité de vérification

- Alexandre Bouras
- François Dufresne
- Jacques Gobeil
- Denis Rousseau, président du CA (membre d'office)

6.8 Le comité de vigilance et de la qualité

- Robert Aubin
- Carmen Charette
- Édith Sauvageau
- Denis Rousseau, président du CA (membre d'office)

6.9 Le conseil multidisciplinaire

Composition

Le conseil multidisciplinaire est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire et qui exercent, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activité couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche et à l'enseignement. Les personnes suivantes ne font pas partie du conseil : infirmière, infirmière auxiliaire, médecin, dentiste et pharmacien. Au CSSS, on dénombre 461 membres provenant de 43 titres d'emploi différents.

Le comité exécutif

- Étienne Dumais-Roy, président
- Louis-Philippe Boutin, vice-président
- Mylène Tavares-De Sousa, secrétaire
- Caroline Angers, agente de communication
- Stéphanie Belcourt
- Pierre Gaudreau
- Donald Haineault
- Marie-Audrey Robert
- Gervaise Tardif
- Anik Tremblay

Objectifs au cours de l'année 2014-2015

Rappelons d'abord les objectifs généraux du plan d'action 2012-2015 :

1. Promouvoir la réflexion stratégique aux membres et aux partenaires-clés;
2. Participer activement aux prises de décisions relatives à l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
3. S'assurer que l'offre de formation permet le maintien et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
4. Améliorer la collaboration interconseils professionnels;
5. Mettre en place un mécanisme pour reconnaître la qualité de la pratique de l'ensemble des membres.

Bilan des activités

Nombre de réunions et taux de participation

Il y a eu une réunion du conseil multidisciplinaire à l'occasion de l'assemblée générale annuelle du 22 avril 2014. On a dénombré 66 membres présents, soit un taux de participation d'environ 28 %. Le quorum est fixé à 10 %. Pour une deuxième année consécutive, le nombre de membres présents est en diminution. Cette baisse de participation est préoccupante et mobilise le comité exécutif à intensifier les actions de communication auprès des membres.

Nombre de réunions du comité exécutif et taux de participation

Six réunions ont eu lieu, ce qui est conforme aux règlements de régie interne avec un taux de participation de 83 % en moyenne. Notons que pour la première fois, les réunions se sont déroulées dans six installations du CSSS, permettant ainsi aux membres de l'exécutif d'être sensibilisés aux différentes réalités locales. Notons aussi les efforts déployés pour inviter des partenaires clés au début des réunions. Cette année, l'exécutif a eu l'occasion de recevoir la commissaire locale aux plaintes et à la qualité et l'adjoint-directeur responsable de l'équipe des services multidisciplinaires. Riche de ces échanges, le comité exécutif a demandé à ces partenaires de partager une synthèse de leur présentation lors de la rencontre annuelle d'avril. Enfin, conformément aux années antérieures, les directeurs profitent de ces rencontres pour présenter un état

de situation des principaux dossiers organisationnels, permettant ainsi de mieux cerner les enjeux auxquels l'organisation fait face. Notons à titre d'exemple la situation budgétaire précaire, l'agrément, la réorganisation des services de 1^{re} et de 2^e lignes en santé mentale et le projet de Loi 10.

Suivi de l'objectif 1 : promouvoir la réflexion stratégique aux membres et à l'ensemble des partenaires-clés du CSSS

- L'atteinte de cet objectif passe d'abord par la diffusion du rôle et de la mission du conseil multidisciplinaire à travers différentes actions prévues au plan d'action. Cette année, tous les nouveaux employés ont reçu le dépliant du conseil lors des journées d'accueil. Pour les semaines de reconnaissance, le conseil a fait une activité promotionnelle. Lors de l'assemblée générale annuelle d'avril 2014, la mission, la vision et les valeurs ont été rappelées.
- Encore cette année, afin d'aider le conseil multidisciplinaire à jouer son rôle, des représentations à différentes instances et comités ont été assurées par des membres de l'exécutif ou ses délégués. Cette année, l'un des membres du comité exécutif a participé à trois comités stratégiques du CSSS : comité d'éthique; comité de gestion des risques et conseil d'administration.
- De plus, le président a participé à des activités de représentation. À l'occasion de la visite d'agrément, le président a rencontré un visiteur pour une entrevue. À l'occasion d'une rencontre du comité de gestion des opérations cliniques et administratives, le président a eu l'occasion de discuter des comités de pairs avec l'ensemble des directeurs. En suivi du projet de Loi 10, le président a pris part à de nombreux échanges formels et informels avec les présidents des conseils multidisciplinaires du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- En réponse au constat d'une baisse de participation aux assemblées générales annuelles de 2013 et 2014, les communications régulières de l'exécutif auprès des membres sont maintenues. À plusieurs reprises dans l'année, un résumé des points abordés en exécutif est envoyé par courriel aux membres et aux partenaires clés (équipe des services multidisciplinaires, commissaire locale aux plaintes et à la qualité et gestionnaires cliniques). Ainsi, cet autre moyen a été ajouté à ceux identifiés dans le plan d'action visant prioritairement les nouveaux employés. L'ensemble des membres est donc joint dans cette correspondance, afin de les aider à s'informer de façon plus régulière sur les travaux du comité exécutif. De façon systématique, une signature électronique présente la mission du conseil à toutes les communications provenant de l'exécutif. Ce geste de communication visuelle vient s'ajouter à l'objectif d'appropriation par les membres de la mission de leur conseil.
- Dans le but de se rapprocher des membres, l'exécutif a mis en place cette année une activité de réseautage. Une heure avant les réunions, un membre de l'exécutif se rend disponible pour échanger sur divers dossiers en lien avec la mission du conseil. Rappelons que les rencontres du comité exécutif se sont déroulées dans différentes installations, permettant ainsi aux professionnels des divers milieux de connaître les membres. Pour cette première année d'opération,

le comité exécutif du conseil multidisciplinaire a reçu la visite d'un membre, ce qui a permis à l'exécutif d'entreprendre la rédaction d'un avis (voir section Rôle du conseil multidisciplinaire : avis, recommandations et commentaires émis au cours de l'année).

Suivi de l'objectif 2 : participer activement aux prises de décisions relatives à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle

Voilà la raison d'être d'un conseil multidisciplinaire. Pour arriver à jouer pleinement ce rôle, plusieurs actions ont été entreprises au cours de l'année. En voici le résumé.

Rôle du conseil : création de comités de pairs et suivi des recommandations émises par ceux-ci

- Cette année, un comité de pairs de thérapeutes en réadaptation physique a été mis sur pied. Ce groupe a travaillé sur un projet de révision du programme de marche en hébergement. Le comité exécutif est particulièrement fier de cette action puisqu'aucun comité de pairs n'avait été créé depuis plusieurs années. Ce fut aussi l'occasion de valider les nouveaux outils de fonctionnement des comités de pairs : présentation d'une préoccupation, fiche de soumission de projet, formulaire de mise en candidature, compte-rendu de rencontre du comité de pairs, etc.
- Bien que les outils de fonctionnement des comités de pairs aient été révisés, d'autres actions se devaient d'être entreprises afin d'encadrer les actions relatives aux comités de pairs. Ainsi, l'exécutif a révisé le Cadre de référence des comités de pairs. Ce document vient clarifier les rôles et les mandats de ces comités et regroupe tous les outils nécessaires à leur bon fonctionnement. Il est aussi un document intéressant pour faire la promotion des comités de pairs auprès des membres et des partenaires clés. Il devait être finalisé après l'analyse du guide de fonctionnement d'un conseil multidisciplinaire de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec, qui comprend une section spécifique sur les comités de pairs. En raison du projet de Loi 10, le dépôt du guide de l'ACMQ a été reporté au printemps 2015, reportant du même coup la révision finale du « Cadre de référence ». Il est recommandé que le prochain comité exécutif du conseil multidisciplinaire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal prenne en considération ces travaux.

Rôle du conseil multidisciplinaire : avis, recommandations et commentaires émis au cours de l'année

- À la fin de l'année 2013-2014, l'exécutif du conseil multidisciplinaire s'était engagé à rédiger deux avis sur : les processus d'optimisation et les activités de codéveloppement et de formation en lien avec la spécificité de la pratique professionnelle. Concernant l'avis sur les processus d'optimisation, deux membres de l'exécutif ont participé au colloque de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec qui portait sur les « Impacts de l'optimisation sur notre pratique professionnelle » et de nombreuses discussions animées ont eu lieu lors des rencontres du comité exécutif. Il apparaît que les processus

d'optimisation soulèvent des enjeux complexes et le comité n'a pas été en mesure de prendre position et de rédiger un avis sur ce sujet.

- Un groupe de travail a rédigé un avis sur les activités de codéveloppement et de formation en lien avec la spécificité de la pratique professionnelle. Après l'évolution des réflexions et des échanges, cet avis porte désormais le titre de « Avis du conseil multidisciplinaire concernant la contribution de l'organisation au développement des compétences des professionnels ». En raison de la Loi 10 et des changements à la structure organisationnelle, le dépôt de cet avis n'a pas eu lieu. Des efforts seront déployés pour encourager le prochain conseil multidisciplinaire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal à déposer cet avis au nouveau président-directeur général.
- Lors de l'activité de réseautage, un professionnel a soulevé une préoccupation en lien avec les revenus de stage. Après cet échange, l'exécutif a décidé d'entreprendre des travaux pour la rédaction d'un avis sur les stages : encadrement des stagiaires, revenus de stage, reconnaissance et révision des charges de cas pour les professionnels qui acceptent de recevoir des stagiaires, etc. L'accueil d'un stagiaire a certainement des impacts importants sur la qualité de la pratique professionnelle. C'est pourquoi l'exécutif souhaitait se pencher sur cette question. Or, avec la réorganisation associée à la création du CIUSSS, les travaux ont dû être suspendus. Il est recommandé que le prochain exécutif du CM du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal prenne en considération cette préoccupation.

Suivi de l'objectif 3 : s'assurer que l'offre de formation permette le maintien et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle

- Essentiellement, la rédaction de l'avis concernant la contribution de l'organisation au développement des compétences des membres du CM soutient l'atteinte de cet objectif.

Suivi de l'objectif 4 : améliorer la collaboration interconseil

- Le président du conseil multidisciplinaire a rencontré le président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et la présidente du Conseil des infirmières et infirmiers une seule fois en décembre 2014. La rencontre a principalement porté sur les enjeux de représentation des trois conseils du CSSS dans le futur CIUSSS. Notons que les présidences de ces deux conseils ont changé en cours d'année, diminuant ainsi les occasions d'échange.

Suivi de l'objectif 5 : mettre en place un mécanisme pour procéder à l'appréciation de la qualité de la pratique de l'ensemble des membres du conseil multidisciplinaire

- Un groupe de travail a amorcé des travaux cette année. Puisque les professionnels qui font partie d'un ordre professionnel sont soumis à des règles de contrôle de la qualité de leur pratique professionnelle, le groupe de travail souhaitait viser davantage les professionnels qui ne font pas partie d'un ordre professionnel afin de mettre en place un mécanisme volontaire d'appréciation de

la qualité de la pratique de ces membres. Par exemple, créer un sondage sur les heures de formation continue effectuées, sur l'appartenance à une association professionnelle, sur l'accueil d'un stagiaire, etc. Bref, donner l'opportunité à ces professionnels de démontrer leur engagement envers l'amélioration de la qualité de leur pratique professionnelle. La première étape consistait à élaborer un inventaire des professionnels qui ne sont pas soumis aux règles d'un ordre professionnel. Cet inventaire est en cours d'élaboration.

Autres activités

- Lors de l'assemblée générale annuelle du conseil multidisciplinaire en 2014, conférence sur le thème « Déstabilisé... et pourtant en maîtrise! ».
- Poursuite du processus d'accueil auprès de deux nouveaux membres de l'exécutif.
- Gestion du budget : dans le contexte de la performance et de la reddition de compte, le mode d'imputation des heures dédiées au conseil multidisciplinaire a été révisé. Dorénavant, les professionnels de l'exécutif imputent leurs heures dédiées au budget réservé du conseil.
- Sur le plan des communications, le site intranet et la liste des membres sont tenus à jour. Afin de faciliter les liens avec les partenaires externes, cette adresse courriel a été utilisée : cmcssamn@ssss.gouv.qc.ca.

Résultats obtenus à l'égard des objectifs fixés

Le bilan des activités reflète tout le dynamisme dont le conseil multidisciplinaire du CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord fait preuve année après année. L'organisation peut compter sur un exécutif composé de membres engagés, ouverts et professionnels. Les nombreuses activités de collaboration et de réseautage avec les membres et partenaires clés améliorent la crédibilité du conseil dans l'organisation. Parmi les réalisations, mentionnons la mise sur pied du comité de pairs des thérapeutes en réadaptation physique et de la rédaction d'un avis. L'année 2015 marque l'aboutissement du plan d'action 2012-2015, plan d'action qui faisait suite à une planification stratégique d'envergure. Il est évident que le contexte de la création des CIUSSS a influé sur l'évolution de certains dossiers.

Perspectives d'avenir

Au moment d'écrire ces lignes, plusieurs questionnements demeurent quant à l'avenir du conseil multidisciplinaire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Le comité exécutif du CSSS entend assurer une transition efficace et harmonieuse des dossiers vers le nouveau conseil multidisciplinaire du CIUSSS. La première étape consistera à rédiger les règlements de régie interne du futur conseil multidisciplinaire. Cette étape essentielle permettra au conseil d'administration d'entériner les règlements et d'enclencher un processus d'élections visant à nommer les membres de ce nouvel exécutif. Pour se faire, le comité souhaite travailler en étroite collaboration avec les autres conseils du CIUSSS et avec l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec, par leur guide de fonctionnement qui devrait être disponible ce printemps.

6.10 Le conseil des infirmières et infirmiers

Composition du conseil

Au 1^{er} mars 2015, 504 infirmières et 226 infirmières auxiliaires étaient employées par le CSSS dans les différentes installations.

Composition du conseil exécutif

Le conseil exécutif consiste en une équipe de cinq membres du conseil des infirmières et infirmiers élus et d'un poste vacant (CLSC) :

- Geneviève Chouinard (hôpital), présidente;
- Urielle Etienne (hôpital), vice-présidente;
- Enneide Charles (CLSC), trésorière;
- Thérèse Renaud (centre d'hébergement), secrétaire;
- Nathalie Desjardins (hôpital), agente de communication.

Et des personnes suivantes (membres d'offices) :

- Nathalie Brouillette, présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires;
- Magali Morin, adjointe à la direction des soins infirmiers;
- Donald Haineault, directeur général adjoint et directeur des soins infirmiers par intérim.

Et invité permanent et qui n'est pas membre de l'exécutif :

- Nathalie Pigeon, représentante au conseil d'administration.

Mandat général du conseil

Selon la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux, le mandat du conseil des infirmières et des infirmiers est le suivant :

- apprécier la qualité des actes infirmiers posés dans le CSSS;
- transmettre des recommandations sur des règles de soins applicables à leurs membres;
- produire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières praticiennes spécialisées;
- effectuer des recommandations sur la distribution appropriée des soins prodigués par leurs membres;
- assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Objectif spécifique en cours d'année

- Faire connaître le conseil des infirmières et infirmiers, le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires et le comité relève aux nouveaux employés.
- Prendre connaissance de la situation des infections nosocomiales au CSSS.

- Participer à la formation continue des membres par le biais d'un jeu-questionnaire et d'une conférence-midi.

Bilan des activités

- Six rencontres régulières du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers.
- Participation des membres du comité exécutif au colloque des conseils des infirmières et infirmiers tenu à Montréal les 7 et 8 mai 2014. Le thème du colloque était : « Gouverne en soins infirmiers : une vision d'avenir ».
- Présentation de deux conférences-midi successives dans le cadre de la Semaine de l'infirmière ayant pour thème « Compatir sans s'anéantir ».
- Organisation de kiosques de soins de plaies dans différentes installations du CSSS au cours du printemps et de l'été 2014.
- Participation à l'activité de reconnaissance au mois d'août 2014 à l'intention des candidates à l'exercice de la profession d'infirmière, des externes et de leurs précepteurs.
- Création du comité relève présidé par Karine Brouillette. Ce sous-comité du conseil des infirmières et infirmiers a pour objectif de soutenir la relève infirmière au CSSS en offrant un accueil personnalisé et des activités dynamiques adaptées aux besoins des nouvelles infirmières. Une première rencontre a eu lieu.
- Réalisation d'un dépliant de présentation du conseil à l'intention des nouveaux employés.
- Présentation d'une conférence-midi intitulée « L'infirmière et l'accès vasculaire : Ce qu'il faut retenir pour mieux prévenir » le 20 février 2015. Cette présentation est en lien avec les infections de cathéters veineux centraux au CSSS. Une vidéo de cette présentation sera disponible sous peu.
- Organisation de l'assemblée générale annuelle le 18 mars 2015. Environ 75 membres ont assisté à cet événement.
- Réalisation d'un jeu-questionnaire sur la prévention des chutes en collaboration avec la Direction des soins infirmiers. Trois prix de 100 \$ ont été remis aux personnes ayant obtenu 70 % et plus au jeu-questionnaire. Les gagnants ont été désignés par tirage au sort.
- Organisation de la 2^e édition des Prix Distinction infirmière et infirmière auxiliaire, dont les objectifs sont :
 - reconnaître les infirmières et les infirmières auxiliaires qui, par des efforts constants, maintiennent une qualité et une humanité dans les soins qu'elles prodiguent;
 - souligner l'apport exceptionnel d'un individu aux soins infirmiers du CSSS et faire rayonner ses initiatives;
 - offrir aux infirmières et aux infirmières auxiliaires, une gratification d'honneur tangible et une distinction unique puisqu'il est décerné par les pairs;
 - stimuler l'excellence par :
 - l'utilisation des bonnes pratiques de soins au quotidien;

- l'acquisition de nouvelles connaissances, le partage de son savoir;
- le sentiment d'appartenance envers son équipe;
- l'implication au sein du CSSS;
- faire connaître le conseil des infirmières et infirmiers et le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires comme des instances actives.

Trois lauréates ont obtenu le remboursement de leur permis de pratique à leur ordre professionnel dans les catégories suivantes : Prix Distinction infirmier, Prix Relève Infirmière et Prix Distinction Infirmière auxiliaire.

- Participation à une rencontre des présidentes des conseils des infirmières et infirmiers du CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal le 17 mars 2015. Discussion sur les modalités de transition en attendant la mise en place du conseil du CIUSSS.
- Représentation du conseil des infirmières et infirmiers aux comités du CSSS suivants : conseil d'administration, comité de gestion des risques, comité relève infirmière, comité d'éthique clinique et comité d'éthique appliquée.
- Activités des sous-comités suivants :
 - Comité exécutif du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires : madame Nathalie Brouillette a siégé à titre de présidente et seule membre de ce comité pendant plusieurs mois. Au mois de janvier 2015, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec a dissous le comité en raison du manque d'effectifs;
 - Comité interprofessionnel : Il y a eu une rencontre des présidents du conseil des infirmières et infirmiers, du conseil multidisciplinaire et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.
- Émission d'avis et de recommandations sur les sujets suivants :
 - règles de soins infirmiers;
 - procédure Code blanc;
 - débridement des plaies (en cours);
 - réorganisation des soins au CH Fleury (en cours);
 - plan d'amélioration de l'urgence.
- Budget
 - L'objectif pour cette dernière année d'existence du conseil des infirmières et infirmiers du CSSS était d'en donner le plus possible aux membres. Le nombre de rencontres a été réduit de neuf à six, ce qui a permis de dégager des fonds pour la conférence-midi, les Prix Distinction, le jeu-questionnaire, l'achat de stylos et de repas pour l'assemblée générale annuelle et la conférence-midi.

Perspectives d'action pour la prochaine année

En raison de la mise en œuvre de la Loi 10 au 1^{er} avril 2015, le conseil des infirmières et infirmiers du CSSS a été dissous le 31 mars 2015. Un conseil de transition sera formé sous peu; les modalités sont à venir. L'objectif sera de reconstituer le plus rapidement

possible un comité actif et fonctionnel au sein du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

6.11 Le comité des usagers et les comités des résidents

Les membres

- Monique Fouquereau, présidente intérimaire
- Gisèle Deschênes, présidente (démission février 2015)
- Louise Houde, vice-présidente (démission février 2015)
- Luc Armand, trésorier
- Carmen Charette, conseillère
- Robert Aubin, conseiller
- Andrée Boutin, conseillère
- Mouad Elamil, conseiller (démission janvier 2015)
- Monique Prévost, conseillère
- Murielle Dumont, conseillère

Mandats ou objectifs spécifiques de l'année courante

- Poursuivre les actions dans le dossier des ressources intermédiaires : développer conjointement avec la Direction générale un comité de résidents dans les ressources intermédiaires.
- Soutenir les comités de résidents, s'assurer d'un suivi auprès des usagers hébergés relativement à l'enquête de satisfaction lors des visites ministérielles, afin de contribuer à centrer les soins et services sur le mieux-être des usagers.
- Renseigner les usagers sur leurs droits et obligations, défendre leurs intérêts et les accompagner au besoin.
- Soutenir les comités de résidents à élaborer et à faire un sondage sur la qualité des services dans les centres d'hébergement, ce sondage sera parrainé par chacun des comités de résidents.
- Accroître la participation de la population à l'assemblée générale et à l'appel de candidatures en espérant recruter davantage de candidats de Montréal-Nord.
- Participer aux activités de formation et à différents comités du CSSS.
- Se faire connaître, grâce à la participation du comité à la « Semaine des droits des usagers » du réseau de la santé et des services sociaux.
- Créer un journal pour les quatre centres d'hébergement.

Bilan des activités et des actions prises pour renseigner les usagers et améliorer leur qualité de vie

Réunions

Le comité des usagers a tenu huit (8) rencontres.

Invitées : Agnès Boussion, directrice générale du CSSS
Jacqueline Gervais, conseillère-cadre à l'amélioration de la qualité
Dominique Allaire, commissaire locale aux plaintes

Formation, congrès, colloques

- Colloque du Conseil pour la protection des malades.
- Colloque du Regroupement provincial des comités des usagers.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux – consultation sur les conditions de vie en centre d'hébergement.
- Coalition montréalaise des comités des usagers.

Assemblée générale annuelle

L'assemblée générale annuelle s'est tenu le 1^{er} octobre 2014 à la salle polyvalente du Centre d'hébergement Laurendeau. Lors de cette assemblée, un invité de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal a fait part de sa vision sur le « Partenariat patient ». La population a participé en grand nombre.

Publications et informations

- Poursuite de la publication d'une chronique mensuelle dans les journaux locaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord sur les droits et les obligations des usagers, avec la collaboration du Service des communications.
- Deux articles sont parus dans le journal interne Le Cercle.
- Publicité dans le journal Les Voisins.
- Publicité dans les feuillets paroissiaux.
- Distribution du dépliant dans les présentoirs de l'Hôpital Fleury, les deux CLSC et les centres d'hébergement.
- Diffusion de messages sur les droits des usagers sur les différents écrans à l'Hôpital Fleury et aux deux CLSC.
- Campagne « Visitons nos aînés ». Des affiches ont été installées dans différents endroits publics. Une campagne sur Facebook a été mise en ligne afin d'inviter les usagers à se faire prendre en photo lors de leur visite à un aîné. Un article a été publié dans les journaux de quartier ainsi que dans le journal du Regroupement provincial des comités des usagers.
- Poursuite de l'actualisation du site Web.

Actions prises pour l'évaluation du degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus

Un sondage a été préparé et réalisé par les comités de résidents afin de recevoir les commentaires et préoccupations des résidents et de leurs proches. Actuellement, deux centres d'hébergement ont terminé cette opération.

Actions prises pour la défense des intérêts collectifs et particuliers des usagers

- Participation au conseil d'administration et à plusieurs comités du CSSS;
- Participation au comité gestion des risques;
- Participation au comité de vigilance et de la qualité;
- Participation au comité de la coordination de la qualité;
- Désignation d'un représentant au comité d'éthique;
- Traitement des commentaires ou plaintes des usagers :

- au total, 47 personnes ont fait appel au comité des usagers : 18 usagers ont été recommandés au bureau de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Dans certains cas, des suivis téléphoniques ont été faits avec celle-ci.

Suivi des activités des comités de résidents

- Utilisation de la personne-ressource et soutien financier du comité.

Résultats obtenus eu égard à la réalisation des projets 2014-2015

- Ressources intermédiaires : un comité de résidents est maintenant fonctionnel à la ressource intermédiaire Carrefour Fleury. Ce projet a vu le jour grâce à la de la ressource intermédiaire. Deux rencontres ont eu lieu avec les résidents afin de leur expliquer le but et le rôle d'un comité de résidents.
- Création d'un journal pour les quatre centres d'hébergement : ce projet n'a pas vu le jour par manque de disponibilité.
- Suivi à l'enquête de satisfaction des usagers et aux visites ministérielles : les présidents des comités de résidents ont assisté au bilan des visites et souhaitent collaborer aux recommandations suggérées.
- Sondage sur la qualité des services : le sondage a été réalisé dans deux centres d'hébergement.

Perspectives d'action pour 2015-2016

- Poursuivre les réflexions et les actions déjà amorcées concernant des dossiers importants pour les usagers.
- Ressources intermédiaires : Compléter la mise en place d'un comité de résidents dans les ressources intermédiaires.
- Maintenir et planifier un sondage sur la satisfaction des résidents en centre d'hébergement.
- Poursuivre les actions entreprises l'an dernier.

Le comité de résidents du Centre d'hébergement Laurendeau

Composition du comité

- Luc Armand, président-trésorier (représentant de famille)
- Jacques Gervais, vice-président (représentant de famille)
- Céline de Grand'Maison, secrétaire (représentant de famille)
- Ronald Campeau, résident
- Mabelle Curadeau, résidente
- Monique de Grand'Maison, représentante de famille
- Andrée Bourret, représentante de famille
- Paul Mitnyan, représentant de famille
- Suzanne Naud

Soulignons un changement important parmi les membres du comité. Six représentants de familles siégeant au comité et deux résidents. En cours d'année, une représentante de famille et une résidente ont démissionné pour cause de problème de santé. Une résidente s'est jointe aux membres du comité en début 2015.

Mandat général du comité

Le mandat du comité de résidents du Centre d'hébergement Laurendeau est d'être le gardien des droits de tous les résidents. Il doit veiller à ce que les résidents soient traités dans le respect de leur dignité et en connaissance de leurs droits et libertés. Ce comité se veut un porte-parole important des résidents auprès des instances de l'établissement.

Le respect des droits des résidents, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle constituent les assises qui guident leurs actions. Le comité de résidents a une préoccupation particulière envers les résidents les plus vulnérables. Enfin, il voit à promouvoir l'amélioration des conditions de vie de tous les résidents.

Mandat et objectifs spécifiques de l'année 2014-2015

- L'objectif premier de cette année visait la mesure de la satisfaction des résidents, de leurs familles et de leurs proches à l'égard des soins et des services offerts au Centre d'hébergement Laurendeau.
- Avec l'arrivée de nouveaux membres, la connaissance du rôle du comité, de ses fonctions, de ses responsabilités et de ses limites d'action a constitué un objectif.
- Renforcer le contact avec la direction.

Bilan des activités

- Sept réunions ont eu lieu en cours d'année : 9 avril, 3 septembre, 30 octobre et 20 novembre 2014, 8 janvier, 5 et 26 mars 2015.
- L'assemblée générale annuelle a eu lieu le dimanche 21 septembre 2014.
- Certains membres ont participé à des sous-comités et ont tenu des séances de travail afin de faire progresser les dossiers en cours et d'assurer la réalisation des objectifs.

Activités du comité

- Création et distribution d'un sondage auprès de résidents, de familles et de proches.
- Participation de deux membres à la formation offerte par le Regroupement provincial des comités des usagers.
- Rencontre avec des membres de la direction.
- Retour d'appels d'une dizaine de personnes, résidents ou membres de famille. Orientation vers la personne ou le service pouvant le mieux répondre à leurs préoccupations.
- Rencontres individuelles de nouveaux résidents.
- Suivi de l'installation d'une murale qui représente l'église de la Visitation. L'emplacement est déterminé. Il ne reste qu'à financer le coût de l'installation.

- Commande d'impression et distribution des calendriers remis aux résidents en collaboration avec les trois autres centres d'hébergement du CSSS. Sur la page de chaque mois, une obligation ou un droit des résidents est inscrit en plus des coordonnées du comité.
- Poursuite de l'envoi de cartes de condoléances au représentant de la famille du résident décédé.
- Rappel à la direction du non-respect des places de stationnement réservées aux familles.
- Rappel à la direction du non-respect des places des familles à la salle à manger.
- Demande à la direction du suivi à l'égard des mesures d'urgence d'évacuation.
- Participation à une rencontre avec des représentants de la visite ministérielle.
- Demande d'information concernant l'entretien extérieur et celui de l'étang.

Actions prises pour l'évaluation du degré de satisfaction des résidents à l'égard des services obtenus

- Présence d'un membre au comité sur la mixité de la clientèle organisé par le CSSS.
- Création d'un sondage afin d'évaluer le taux de satisfaction des résidents et des membres de familles à l'égard des services rendus. Le sondage comportait une section concernant le comité de résidents et une section sur les soins et services au Centre d'hébergement Laurendeau. Plus de 83 représentants de famille et 20 résidents ont répondu au sondage. Les résultats ont été divulgués lors de l'assemblée générale annuelle.
- Rencontres avec des membres de la direction, une en février et une en mars, pour présenter les résultats du sondage et envisager des actions pour améliorer la qualité de vie des résidents.
- Participation à trois rencontres, deux étages à la fois, avec les résidents, leurs familles et la direction en réponse aux résultats du sondage.

Actions prises pour la défense des intérêts collectifs et particuliers des usagers

- Suivi avec la conseillère en milieu de vie sur la politique des droits des fumeurs.
- Démarche auprès de la direction concernant l'insatisfaction des résidents à l'égard de la mauvaise qualité de la literie et des serviettes.
- Demande à la direction de la mise à jour des mesures d'urgence en cas d'événements majeurs : incendie, inondation.

Actions prises pour renseigner les résidents sur droits

- Distribution de la liste abrégée des droits des usagers lors de l'assemblée générale annuelle.
- Inscription d'un droit ou responsabilité sur les pages du calendrier distribué à tous les résidents.

Perspectives d'action pour 2015-2016

Pour préciser ses actions, le comité de résidents a tenu compte notamment des réponses obtenues du sondage de l'été 2014 :

- le Comité de résidents est connu des familles à 66 %;
- les membres du comité de résidents sont connus des familles à 20 % et des résidents à 50 %;
- les familles savent comment communiquer avec le comité de résidents à 35 % et les résidents à 50 %;
- les droits des résidents sont connus des résidents à 65 % et des familles à 61 %;
- aucun membre des familles et des résidents questionnés n'a manifesté un intérêt à devenir membre du comité de résidents.

Le comité de résidents renseigne les résidents de leurs droits :

- conserver l'inscription des droits des résidents sur le calendrier annuel;
- poser une affiche qui présente les droits des résidents près du babillard du comité.

Le comité de résidents fait la promotion de la qualité des services et évalue le degré de satisfaction des résidents :

- effectuer un sondage ayant pour objet la satisfaction des résidents et leurs familles relativement à l'amélioration des cinq préoccupations prioritaires ressorties du sondage 2014, et si possible, conjointement avec la direction;
- organiser une rencontre avec la direction, les résidents et les familles

Le comité de résidents défend les droits et les intérêts collectifs des résidents, d'un résident ou de la famille du résident :

- Assurer la connaissance du rôle d'accompagnateur des membres du comité quant aux insatisfactions exprimées par un résident ou sa famille;
- Inviter la conseillère clinicoadministrative aux réunions;
- Donner suite aux messages laissés dans la boîte vocale

Le comité de résidents est mieux connu des résidents et leurs familles :

- installer un babillard vitré bien à la vue des résidents et leurs familles en veillant à y afficher des informations pertinentes;
- disposer d'une table à l'accueil au Centre d'hébergement Laurendeau lors de la Semaine des usagers qui se déroulera du 25 septembre au 2 octobre 2015 et dont la thématique est « Le droit de recevoir des soins et des services appropriés »;
- inscrire le téléphone et l'adresse courriel du comité de résidents sur tous les nouveaux objets promotionnels;
- assurer la distribution des calendriers annuels aux résidents par les membres du comité;
- rencontrer chacun des résidents au cours du printemps 2016.

Conclusion

L'arrivée de nouvelles personnes au comité de résidents, dont plusieurs représentants de famille, a contribué à un changement de dynamique souhaité et stimulant. Il est certain que le comité cherche toujours à recruter des résidents, mais, bien souvent, leur état de santé limite leur implication au sein du comité dès leur arrivée au Centre d'hébergement Laurendeau ou en cours de séjour.

Par conséquent, le comité de résidents conserve un statut précaire d'autant plus que les représentants de famille quittent habituellement le comité à la suite du décès de leur être cher.

En cours d'année, le comité de résidents demeurera fort attentif aux répercussions de la Loi 10 sur les soins et les services dispensés aux résidents.

Le comité souligne l'implication de la personne-ressource du comité de résidents.

Le comité de résidents du Centre d'hébergement Légaré

Composition du comité

- Carmen Charrette, présidente et trésorière
- Louise Gagnon, résidente
- Françoise Beauchamp, résidente
- Augustine Achille Guimond, représentante de famille
- Mariette Latour Martin, représentante de famille
- Rollande Vallée, résidente

Mandat général du comité

- Faire connaître leurs droits aux résidents et veiller à les faire respecter.
- Faire suivre leurs demandes et accompagner les résidents au besoin afin de faire valoir leurs droits.
- Évaluer la satisfaction des résidents.

Objectifs 2014-2015

- Consolider la visibilité et l'efficacité du comité.
- Sensibiliser davantage les résidents et les familles à l'importance de communiquer avec le comité. Un réflexe à développer.
- Évaluer la satisfaction des résidents ou de leurs répondants

Bilan des activités

- Sept réunions du comité de résidents ont été tenues.
- Une assemblée générale a eu lieu.
- Actions prises pour renseigner les résidents et pour améliorer leur qualité de vie.
- Invités aux réunions du comité : coordonnateur clinicoadministratif, coordonnatrice des activités spécialisées, adjointe à la direction des services aux aînés, ergothérapeute, conseillère clinique en soins spécialisés, commissaire locale aux plaintes.
- Installation d'un cadre avec photos et noms des membres du comité.
- Participation de deux membres au comité fin de vie.

- Présentation de la pièce de théâtre « La petite révolution d'Agathe ».
- Participation à la campagne « Visitons nos aînés ».
- Participation à la Semaine sur les droits des résidents.
- Participation à la visite ministérielle.

Actions prises pour l'évaluation du degré de satisfaction des résidents à l'égard des services obtenus

- Rencontre individuelle des nouveaux résidents quelques semaines après leur arrivée et remise des coordonnées du comité et articles promotionnels (stylo, tablette).
- Consultation lors des fêtes du mois et des activités spéciales.
- Invitation aux résidents et aux membres de famille à un café-rencontre.
- Vigilance quotidienne des membres du comité.

Actions prises pour la défense des intérêts collectifs et particuliers du résident

- Présence du coordonnateur clinicoadministratif à la fin de chacune des réunions.
- Distribution d'un calendrier sur les droits et les devoirs des résidents.
- Communiqué aux résidents et aux familles après chaque réunion du comité.
- Café-gâteau pour les résidents et les familles.
- Accompagnement personnalisé pour « situation particulière ».

Résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés pour l'année

- Comité et membres mieux connus.
- Collaboration étroite avec les différents services.
- Projet d'évaluation de la satisfaction de la clientèle (en ébauche).

Perspectives d'action pour la prochaine année

- Maintenir le cap sur la visibilité et l'efficacité du comité.
- Attirer de nouveaux membres dans le comité.
- Réaliser le sondage sur la satisfaction des résidents selon les intérêts des résidents (déroulement des repas, matériel de soins d'hygiène et comportement dérangeant) et participer à l'amélioration de ces points.

Conclusion

Les membres du comité sont conscients de tous les défis qui les attendent et sont prêts à les relever de façon positive au bénéfice de tous les résidents.

Le comité de résidents du Centre d'hébergement de Louvain

Composition du comité de résidents

- Monique Prévost, présidente
- Gisèle Deschênes, vice-présidente
- Chantal Bergeron, résidente
- Diane Caron, résidente
- Maryse Goyette Deguire, membre de famille

- Gilbert Leclerc, résident
- Gemma Samson, résidente

Mandat général du comité

Le comité se veut le gardien des droits des résidents. La qualité des services, la satisfaction de la clientèle et le respect des droits des résidents guident son action. Il doit se préoccuper des clientèles les plus vulnérables et promouvoir la qualité de vie des personnes hébergées.

Objectifs 2014-2015

- Aller chercher de nouveaux membres parmi les familles et les résidents du 6^e et 7^e étage.
- Maintenir le bureau du comité.
- Poursuivre les démarches pour se faire connaître des résidents.
- Rencontrer les résidents du 6^e et 7^e étage.

Bilan des activités

- Nombre de réunions : 5 réunions régulières
1 café rencontre le 9 novembre 2014
1 assemblée générale annuelle le 28 mai 2014
- Actions prises pour renseigner les résidents et pour améliorer leur qualité de vie.
- Présence d'une représentante du Service alimentaire lors d'une réunion afin de connaître les changements apportés au menu en conformité pour les quatre centres.
- Tout au long de l'année, les résidents sont informés des changements et activités du centre.

Actions prises pour l'évaluation du degré de satisfaction des résidents à l'égard des services obtenus :

- Lors de l'assemblée générale annuelle, les résidents et les familles ont pu regarder les photos des activités mensuelles organisées par le centre et discuter avec le comité et les responsables.
- Lors du café-rencontre, les résidents et les familles ont pu rencontrer le comité et la commissaire aux plaintes. Il a été possible d'apprécier le talent des résidents.
- Vigilance quotidienne des membres du comité sur le vécu des résidents.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année

- Fonctionnement du comité des résidents
 - Le comité a connu une stabilité au niveau des membres et un nouveau membre de famille s'est ajouté. De façon générale, les objectifs ont été atteints.
- Perspectives d'action pour la prochaine année
 - Rencontrer la clientèle en santé mentale.
 - Distribution des calendriers qui font la promotion des droits de résidents.

- Formation des membres sur les règlements de fonctionnement du comité de résidents selon les besoins.
- Poursuivre la collaboration avec la direction, dans l'accompagnement et l'assistance auprès des résidents et familles.
- Continuer la promotion du comité et recruter de nouveaux membres
- Continuer à travailler à l'amélioration de la qualité de vie des résidents, entre autres par des rencontres avec les responsables des différents services (loisirs, alimentation, entretien et administration) afin d'échanger sur les insatisfactions ou suggestions des résidents.
- Préparer un sondage sur la satisfaction selon les recommandations de la visite ministérielle.
- Envoi de cartes aux résidents pour Noël et Pâques.
- Carte d'anniversaire pour les résidents.
- Lors du décès d'un résident, une carte de condoléances sera postée à la famille.
- Lors de l'arrivée d'un nouveau résident, un sac-cadeau contenant les objets promotionnels du comité lui est remis.

Conclusion

Le bilan de l'année est très positif. Les membres sont actifs au sein du comité ce qui permet un travail d'équipe pour réaliser les objectifs fixés.

Le comité souligne la collaboration de la personne-ressource du comité de résidents.

Le comité de résidents du Centre d'hébergement Paul-Lizotte

Composition du comité

- Andrée Boutin, présidente
- Christiane Bourque, représentante de famille
- Denise Clouette, résidente
- Jean-Claude Babin, résident
- Claire Duquette, représentante de famille
- Henriette Duval, résidente
- Gisèle Séguin, représentante de famille
- Jocelyn Gravel, résident
- M. DeChiro, représentant de famille

Mandat général du comité

- Faire connaître leurs droits aux résidents du centre d'hébergement Paul-Lizotte.
- Favoriser l'amélioration des conditions de vie des résidents et en évaluer le degré de satisfaction auprès des résidents et des familles.
- Faire suivre leurs demandes auprès des autorités responsables et les accompagner pour porter plainte s'ils se sentent lésés dans le respect de leurs droits.

Mandat et objectifs spécifiques de l'année 2014-2015

- Rejoindre les résidents et les familles et leur faire connaître les membres et le rôle du comité.
- Impliquer les membres afin qu'ils se sentent utiles et actifs.
- Accueillir les nouveaux résidents.
- Poursuivre les activités appréciées : calendriers, lettres de condoléances, invitées aux réunions.
- Informer les résidents, par le biais des membres du comité, de tout changement prévu au centre Paul-Lizotte.

Bilan des activités

- À la suite d'une visite surprise du ministère les 7 et 8 juillet 2014, le comité de résidents a été rencontré. Dans un premier temps, un compte-rendu des activités réalisées a été présenté. Dans le rapport verbal du ministère, le 9 juillet 2014, le ministère a fait quatre suggestions intéressantes pour le comité de résidents. La réalisation de ces suggestions a été priorisée pour 2014-2015.
- Suggestions :
 - Le comité de résidents devrait avoir un tableau d'affichage sur chaque étage : réalisé.
 - Le comité devrait avoir son propre dépliant : réalisé.
 - Élaborer et faire un sondage-famille en partenariat avec le comité de résidents : réalisé, également auprès des résidents.
 - Transmettre un résumé des réunions aux résidents et aux familles : pour l'an prochain.
- Nombre de réunions du comité de résidents et taux de participation : 5 rencontres de la période d'avril 2014 à mars 2015 et 95 % de taux de participation.
- Assemblée générale tenue le 28 septembre 2014.
- Distribution des calendriers qui font la promotion des droits des résidents.
- Dans le but d'améliorer la qualité de vie, le comité a invité la coordonnatrice du Centre Paul-Lizotte. Les membres résidents ont transmis eux-mêmes leurs préoccupations et reçu des réponses à leurs questions; quelques réponses sont à venir.
- La directrice adjointe des services aux aînés a été invitée et questionnée sur la place accordée au comité de résidents dans le plan de redressement recommandé par le ministère pour le Centre Paul-Lizotte.
- Une lettre de condoléances est toujours envoyée à la famille d'un résident décédé par un membre du comité.
- Le comité d'accueil des nouveaux résidents est bien en place et actif, les nouveaux résidents reçoivent un petit sac-cadeau de bienvenue des mains de deux membres qui les visitent.
- Recrutement d'un nouveau membre de famille, à la suite de l'obligation d'un membre de démissionner pour s'activer au sein du comité d'éthique.

- Deux nouveaux membres du comité ont reçu une formation pour mieux remplir leur rôle de membre d'un comité de résidents.
- Un membre-résident a accepté de se joindre au comité fin de vie.
- Un membre-famille a accepté de se joindre au comité milieu de vie.
- Dépôt du journal local et de revues au Bistro pour lecture par les résidents, les démarches qui ont été faites pour obtenir la livraison au centre sont restées vaines.
- Réalisation et exposition des photos des membres du comité sur chaque étage afin que les résidents reconnaissent les membres qui les représentent.
- Distribution d'une carte de Noël et rencontre individuelle avec la présidente de chaque résident.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année

Les objectifs ont été dépassés et la participation des membres est remarquable et stimulante.

Perspectives d'action pour la prochaine année

- À partir du procès-verbal, afficher sur le babillard du comité un résumé des réunions.
- Les objectifs spécifiques sont à définir avec les membres du comité lors de la première réunion en septembre :
 - poursuite des activités appréciées;
 - privilégier l'implication des membres;
 - transmettre le résumé des réunions aux résidents et aux familles;
 - avoir une pochette pour les suggestions et les commentaires.

Conclusion

Le comité est satisfait de ses réalisations. Il souligne la collaboration de la personne-ressource du comité de résidents.

6.12 Le comité de gestion des risques

Les principales fonctions du comité de gestion des risques sont de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens d'assurer la sécurité des usagers (LSSS, article 183.2).

Les moyens utilisés visent à :

- identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents;

- recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Activités

Pour actualiser ses mandats et comme prévu dans les Règles de fonctionnement du comité de gestion des risques, le comité s'est rencontré à cinq reprises au cours de l'année et a effectué :

- le suivi des rapports d'incidents et accidents déclarés;
- le suivi des plans d'action pour donner suite aux événements sentinelles;
- le suivi des travaux reliés à l'analyse prospective;
- le suivi des travaux réalisés par les comités partenaires;
- le suivi des recommandations des rapports du coroner;
- le suivi des activités en prévention des infections.

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents et accidents au cours de l'année ont été les suivantes :

- implantation du nouveau formulaire de déclaration des événements accidentels (AH-223) à partir du 1^{er} avril 2014;
- sensibilisation à l'importance de déclarer les incidents et accidents lors de la journée d'accueil des nouveaux employés;
- rencontre de nouveaux cadres afin que chacun connaisse son rôle dans l'implantation de la culture de sécurité et la déclaration des événements indésirables;
- transmission, aux cadres et aux conseils professionnels, de rapports trimestriels sur les activités en gestion des risques;
- poursuite des efforts dans l'application des mesures de prévention et contrôle des infections dans les centres d'hébergement et à l'hôpital;
- poursuite des travaux des comités partenaires : comité sur l'administration sécuritaire des médicaments et comité sur la prévention des chutes.

7. Les ressources humaines du CSSS

Effectifs du CSSS			
	Exercice 2012-2013	Exercice 2013-2014	Exercice 2014-2015
CADRES (en date du 31 mars)			
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi) nb personnes	102	96	84
Temps partiel (excluant les personnes en stabilité d'emploi) nb personnes	17	13	4
Temps partiel (excluant les personnes en stabilité d'emploi) – nb ETC	14,9	7,1	2,90
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	2	1	1
EMPLOYÉS RÉGULIERS (en date du 31 mars)			
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi) nb personnes	1162	1228	1274
Temps partiel (excluant les personnes en stabilité d'emploi) nb personnes	707	673	758
Temps partiel (excluant les personnes en stabilité d'emploi) – nb ETC	520,71	540,97	656,00
Nombre d'employés en stabilité d'emploi	0	0	0
OCCASIONNELS			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	573 996	598 546	566 337
Équivalents temps complet (ETC)	314,35	327,79	309,98

Heures travaillées du 1er janvier 2015 au 31 mars 2015 et comparatif de l'année précédente

		201401			201501			201402			201502			201403			201503			Total de janvier à mars				
		2013-12-29 au 2014-01-25			2014-12-28 au 2015-01-24			2014-01-26 au 2014-02-22			2015-01-25 au 2015-02-21			2014-02-23 au 2014-04-05			2015-02-22 au 2015-04-04							
		Heures		Total	Nbre		Individus	Heures		Total	Nbre		Individus	Heures		Total	Nbre		Individus					
		Travaillées	Supplém.		ETC	Travaillées		Supplém.	ETC		Travaillées	Supplém.		ETC	Travaillées		Supplém.	ETC		Travaillées	Supplém.	Total	Nbre	ETC
11044278 - CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	2014	277 961	7 657	285 618	1 973	2 341	280 830	8 934	289 764	1 993	2 338	425 990	12 960	438 950	2 016	2 366	984 781	29 551	1 014 332	1 997	2 348			
	2015	284 896	8 037	292 933	2 016	2 361	284 205	7 963	292 168	2 012	2 335	430 654	11 154	441 808	2 032	2 404	999 755	27 154	1 026 909	2 022	2 367			
	Variation	2,5 %	5,0 %	2,6 %	2,2 %	0,9 %	1,2 %	(10,9 %)	0,8 %	0,9 %	(0,1 %)	1,1 %	(13,9 %)	0,7 %	0,8 %	1,6 %	1,5 %	(8,1 %)	1,2 %	1,2 %	0,8 %			
1 - Personnel d'encadrement	2014	15 495	26	15 521	112	120	15 391	50	15 441	111	119	23 704	74	23 779	114	118	54 590	150	54 740	112	119			
	2015	12 859	22	12 880	92	95	12 701	18	12 719	91	93	18 748	47	18 794	90	92	44 307	86	44 393	91	93			
	Variation	(17,0 %)	(17,3 %)	(17,0 %)	(17,3 %)	(20,8 %)	(17,5 %)	(63,6 %)	(17,6 %)	(17,7 %)	(21,8 %)	(20,9 %)	(37,4 %)	(21,0 %)	(21,0 %)	(22,0 %)	(18,8 %)	(42,6 %)	(18,9 %)	(19,0 %)	(21,8 %)			
2 - Personnel professionnel	2014	33 456	77	33 533	242	282	34 718	31	34 749	252	280	53 142	60	53 201	257	287	121 316	167	121 483	251	283			
	2015	31 664	42	31 706	229	264	32 159	12	32 172	232	259	47 842	77	47 919	231	263	111 665	132	111 797	230	262			
	Variation	(5,4 %)	(44,8 %)	(5,4 %)	(5,6 %)	(6,4 %)	(7,4 %)	(60,2 %)	(7,4 %)	(7,6 %)	(7,5 %)	(10,0 %)	29,9 %	(9,9 %)	(10,2 %)	(8,4 %)	(8,0 %)	(21,1 %)	(8,0 %)	(8,2 %)	(7,4 %)			
3 - Personnel infirmier	2014	72 547	3 501	76 048	510	607	74 577	3 909	78 487	524	622	112 391	6 181	118 573	527	616	259 515	13 592	273 107	521	615			
	2015	81 641	4 175	85 816	573	671	83 517	4 230	87 748	587	678	126 705	5 488	132 193	593	713	291 863	13 894	305 757	586	687			
	Variation	12,5 %	19,2 %	12,8 %	12,3 %	10,5 %	12,0 %	8,2 %	11,8 %	12,0 %	9,0 %	12,7 %	(11,2 %)	11,5 %	12,7 %	15,7 %	12,5 %	2,2 %	12,0 %	12,4 %	11,7 %			
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	129 231	3 855	133 086	928	1 106	129 065	4 758	133 823	927	1 087	196 054	6 430	202 484	939	1 112	454 350	15 043	469 392	932	1 102			
	2015	128 733	3 691	132 424	923	1 093	127 199	3 487	130 686	911	1 076	192 880	5 384	198 265	922	1 092	448 813	12 562	461 374	919	1 087			
	Variation	(0,4 %)	(4,3 %)	(0,5 %)	(0,6 %)	(1,2 %)	(1,4 %)	(26,7 %)	(2,3 %)	(1,7 %)	(1,0 %)	(1,6 %)	(16,3 %)	(2,1 %)	(1,9 %)	(1,8 %)	(1,2 %)	(16,5 %)	(1,7 %)	(1,4 %)	(1,4 %)			
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014	27 211	198	27 409	180	236	27 072	186	27 258	179	238	40 699	215	40 914	180	242	94 982	599	95 581	180	239			
	2015	28 991	107	29 098	192	237	28 629	216	28 844	190	235	44 460	158	44 618	196	247	102 080	481	102 561	193	240			
	Variation	6,5 %	(46,1 %)	6,2 %	6,6 %	0,4 %	5,7 %	16,1 %	5,8 %	5,8 %	(1,3 %)	9,2 %	(26,5 %)	9,1 %	9,3 %	2,1 %	7,5 %	(19,8 %)	7,3 %	7,5 %	0,4 %			
6 - Étudiants et stagiaires	2014	21	0	21	0	1	7	0	7	0	1						28	0	28	0	1			
	2015	1 008	0	1 008	7	14						19	0	19	0	1	1 027	0	1 027	3	8			
	Variation	4700,7 %		4700,7 %	4496,4 %	1300,0 %											3530,4 %		3530,4 %	2717,8 %	700,0 %			

8. Les états financiers

8.1 Le rapport de la direction

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

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

La direction du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration ¹ surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

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



Pierre Gfeller, M.D.
Président-directeur général



Diane Brière
Directrice des ressources financières

¹ En vertu de l'article 195 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 (chapitre O-7.2), le président-directeur général exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première de deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres soit nommée.

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

Aux membres du conseil d'administration de
Centre de santé et de services sociaux
d'Ahuntsic et Montréal-Nord

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de

gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées.

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

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

Montréal

Le 29 juin 2015

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

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec (SIQ) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats de location-acquisition avec la SIQ présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 "Immobilisations corporelles louées" du Manuel de CPA Canada.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Centre d'activités 5554 - Supervision et suivi des usagers en RNI: La compilation de l'unité de mesure "Usager" n'est pas faite adéquatement puisque l'établissement compile les unités de mesure "Admission" au lieu de "Usager". Il est donc possible qu'un usager soit compté à plusieurs reprises. Par conséquent, nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité lors de notre mission d'audit. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activités "Supervision et suivi des usagers en RNI (5554)" présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2013-2014	R		R		
Centre d'activités 6830 - Imagerie médicale:	2011-2012	R				NR

La compilation de l'unité de mesure "La procédure" n'est pas faite adéquatement puisqu'il est possible d'enregistrer des données au système dans une période antérieure. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activités "Imagerie médicale (6830)" présentés à la page 650 du rapport financier n'a pas été déterminé.						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport touchant les contrôles effectués par les tierces parties.	2011-2012	C	Situation commune à tous les établissements du réseau utilisant les systèmes financiers (SAP/CGI) et le Technocentre. Risque que les services rendus par les tierces parties ne respectent pas le Cadre global de gestion. La situation sera corrigée avec le remplacement du système financier prévu au printemps 2015. Ce contrôle a été ajouté dans le devis d'appel d'offres des systèmes financiers.	R		
Surveiller l'accès aux systèmes informatiques: Il n'y a pas de révision périodique et documentée des comptes réseau (Active Directory).	2012-2013	C	Une révision manuelle des comptes non utilisés été faite.	R		
Un intervenant du Service de la comptabilité a la responsabilité d'attribuer les droits d'accès au	2013-2014	C				NR

système financier de paie alors qu'il devrait seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion. Il est à noter qu'un projet est en cours pour régler la situation (Déficiência significative).						
Rapport à la gouvernance						

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI:P408) 1	174 018 733	164 802 089	8 113 754	172 915 843	170 390 353
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294) 2	118 780	87 995		87 995	118 780
Contributions des usagers 3	14 654 566	15 359 260	XXXX	15 359 260	15 512 554
Ventes de services et recouvrements 4	3 579 663	3 240 069	XXXX	3 240 069	3 339 998
Donations (FI:P294) 5	400 000	2 223	240 658	242 881	267 895
Revenus de placement (FI:P302) 6	115 000	117 667		117 667	122 595
Revenus de type commercial 7	952 249	940 246	XXXX	940 246	903 905
Gain sur disposition (FI:P302) 8			5 650	5 650	3 000
9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302) 11	500 704	519 689		519 689	272 595
TOTAL (L.01 à L.11) 12	194 339 695	185 069 238	8 360 062	193 429 300	190 931 675
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales 13	136 691 069	138 789 544	XXXX	138 789 544	133 236 581
Médicaments 14	2 452 750	2 425 706	XXXX	2 425 706	2 425 083
Produits sanguins 15	598 152	547 539	XXXX	547 539	604 978
Fournitures médicales et chirurgicales 16	7 188 479	7 582 357	XXXX	7 582 357	7 318 183
Denrées alimentaires 17	2 302 454	2 266 526	XXXX	2 266 526	2 172 395
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles 18	9 965 170	10 262 393	XXXX	10 262 393	9 776 403
Frais financiers (FI:P325) 19	1 875 000		1 691 371	1 691 371	1 818 928
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations 20	5 247 869	2 221 561	1 643 714	3 865 275	5 886 946
Créances douteuses 21	225 000	642 303	XXXX	642 303	569 898
Loyers 22	3 726 783	3 724 433	XXXX	3 724 433	3 470 278
Amortissement des immobilisations (FI:P422) 23	6 608 000	XXXX	4 709 185	4 709 185	4 782 954
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421) 24		XXXX			
25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325) 27	17 458 969	17 981 864		17 981 864	17 850 824
TOTAL (L.13 à L.27) 28	194 339 695	186 444 226	8 044 270	194 488 496	189 913 451
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28) 29	0	(1 374 988)	315 792	(1 059 196)	1 018 224

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

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	162 625 733	164 802 089		160 506 151
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	118 780	87 995	87 995	118 780
Contributions des usagers (P301)	3	14 654 566	15 359 260	15 359 260	15 512 554
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	3 579 663	3 240 069	3 240 069	3 339 998
Donations (C2:P290/C3:P291)	5		2 223	2 223	9 274
Revenus de placement (P302)	6	115 000	117 667	117 667	122 595
Revenus de type commercial (P351)	7	952 249	XXXX	940 246	903 905
Gain sur disposition (P302)	8				
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	500 704	488 904	519 689	272 595
TOTAL (L.01 à L.11)	12	182 546 695	184 010 212	185 069 238	180 785 852

CHARGES

Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	136 691 069	138 674 813	114 731	138 789 544	133 236 581
Médicaments (P750)	14	2 452 750	2 425 706	XXXX	2 425 706	2 425 083
Produits sanguins	15	598 152	547 539	XXXX	547 539	604 978
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	7 188 479	7 582 357	XXXX	7 582 357	7 318 183
Denrées alimentaires	17	2 302 454	2 266 526	XXXX	2 266 526	2 172 395
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	9 965 170	10 262 393	XXXX	10 262 393	9 776 403
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	1 937 869	2 221 561		2 221 561	2 650 742
Créances douteuses (C2:P301)	21	225 000	642 303		642 303	569 898
Loyers	22	3 726 783	3 724 433		3 724 433	3 470 278
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	17 458 969	17 234 226	747 638	17 981 864	17 850 824
TOTAL (L.13 à L.24)	25	182 546 695	185 581 857	862 369	186 444 226	180 075 365

SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(1 571 645)	196 657	(1 374 988)	710 487
---	----	---	-------------	---------	-------------	---------

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(609 207)	2 134 289	1 525 082	506 858	
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(609 207)	2 134 289	1 525 082	506 858	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(1 374 988)	315 792	(1 059 196)	1 018 224	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(1 984 195)	2 450 081	465 886	1 525 082	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	325 079	325 079	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	140 807	1 200 003	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	465 886	1 525 082	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	7 011 407	1 670 795	8 682 202	7 921 989
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	6 509 622	325 260	6 834 882	7 135 639
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	2 033 726	852 104	2 885 830	2 124 940
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(599 630)	599 630	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	12 386 265	8 581 701	20 967 966	18 312 659
	8				
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	174 461	174 461	155 076
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	641 551		641 551	576 320
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	27 982 941	12 203 951	40 186 892	36 226 623
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		1 846 943	1 846 943	4 280 339
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	14 516 383	1 620 745	16 137 128	16 402 225
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	3 185 784	3 185 784	3 865 199
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		480 503	480 503	490 366
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	2 368 161	2 060 250	4 428 411	3 569 514
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	61 557 425	61 557 425	57 108 618
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	15 223 383	XXXX	15 223 383	14 233 101
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	242 400		242 400	232 092
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	32 350 327	70 751 650	103 101 977	100 181 454
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(4 367 386)	(58 547 699)	(62 915 085)	(63 954 831)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	60 997 780	60 997 780	62 227 308
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	1 320 042	XXXX	1 320 042	1 522 957
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	1 063 149		1 063 149	1 729 648
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	2 383 191	60 997 780	63 380 971	65 479 913
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(1 984 195)	2 450 081	465 886	1 525 082

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

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

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

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(63 954 831)	(3 861 812)	(60 093 019)	(63 954 831)	(65 770 095)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(63 954 831)	(3 861 812)	(60 093 019)	(63 954 831)	(65 770 095)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		(1 374 988)	315 792	(1 059 196)	1 018 224
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(3 479 657)	(3 479 657)	(3 562 568)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	4 709 185	4 709 185	4 782 954
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	(5 650)	(5 650)	
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX	5 650	5 650	
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	1 229 528	1 229 528	1 220 386
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(7 835 595)	XXXX	(7 835 595)	(7 866 204)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(702 358)		(702 358)	(805 501)
Utilisation de stocks de fournitures	17		8 038 510	XXXX	8 038 510	7 900 392
Utilisation de frais payés d'avance	18		1 368 857		1 368 857	347 967
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		869 414		869 414	(423 346)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		(505 574)	1 545 320	1 039 746	1 815 264
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(63 954 831)	(4 367 386)	(58 547 699)	(62 915 085)	(63 954 831)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(1 059 196)	1 018 224

ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:

Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	869 414	(423 346)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	(5 650)	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7		
Amortissement des immobilisations	8	4 709 185	4 782 954
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(2 667 609)	(4 630 527)
Autres	13		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	2 905 340	(270 919)
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	372 665	1 506 143
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	2 218 809	2 253 448

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Acquisitions d'immobilisations	17	(3 479 657)	(3 562 568)
Produits de disposition d'immobilisations	18	5 650	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(3 474 007)	(3 562 568)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	13 371 849	16 368 150
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2	(5 217 748)	(6 299 766)
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(3 705 294)	(3 265 237)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	11 033 064	14 207 781
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8	(13 371 849)	(6 299 766)
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(94 611)	(10 240 578)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10		
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	2 015 411	4 470 584
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):			
	14	760 213	3 161 464
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT			
	15	7 921 989	4 760 525
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)			
	16	8 682 202	7 921 989
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	8 682 202	7 921 989
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	8 682 202	7 921 989

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	300 757	840 918
Autres débiteurs	2	(760 889)	265 998
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	12 302	
Frais reportés liés aux dettes	4	(19 386)	(31 384)
Autres éléments d'actifs	5	(65 231)	(162 365)
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(265 098)	(1 028 377)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	(679 415)	241 471
Intérêts courus à payer	9	(9 863)	19 149
Revenus reportés	10	858 898	627 963
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	990 282	736 862
Autres éléments de passifs	13	10 308	(4 092)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	372 665	1 506 143

AUTRES RENSEIGNEMENTS:

Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	1 620 745	1 190 624
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		

Intérêts:

Intérêts créditeurs (revenus)	18	117 667	122 595
Intérêts encaissés (revenus)	19	119 045	113 857
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	1 632 535	490 366
Intérêts déboursés (dépenses)	21	1 642 398	1 787 975

Placements temporaires:

Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		

Échéance supérieure à 3 mois:

-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 - CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) le 14 juillet 2004. Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSLAM-N) en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le siège social du centre est situé au 1725, boul. Gouin Est, Montréal (Québec) H2C 3H6. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de Montréal.

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

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (2015, chapitre 1), qui entre en vigueur le 1^{er} avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*, à l'exception de l'élément suivant :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans le présent rapport financier annuel. Les résultats réels

peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

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

Périmètre comptable

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

Revenus

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

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

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

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds

d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaliser les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

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

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

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

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

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif, mais dont l'état émane d'un événement imprévu, sous la responsabilité

de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors-cadre.

i. Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées selon la moyenne des heures et montants d'assurance-salaire de 2012 à 2015. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et les hors cadres	8,65 %	8,65 %

Régime de retraite

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

Immobilisations

Les immobilisations et les actifs non financiers, de par leur nature, sont employés normalement pour fournir des services futurs. Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût.

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

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

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

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 40 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisé	12 à 25 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Durée du bail ou de l'entente

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

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des débours effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

Le chapitre SP 3450, « Instruments financiers », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public* implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier appelé État des gains et pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente. Les autres instruments financiers sont évalués au coût ou au coût après amortissement, sauf si l'établissement choisit de les désigner dans la catégorie des instruments financiers évalués à la juste valeur.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

En vertu de l'article 295 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas inclure l'état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur, étant donné les limitations imposées par la LSSSS en ce sens. De plus, les données financières des établissements sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1^{er} avril 2016.

Par conséquent, l'encaisse, les débiteurs – Agences et MSSS et les autres débiteurs sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs – Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence (enveloppes décentralisées), les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse et le découvert bancaire, le cas échéant.

Comptabilité par fonds

Aux fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation : Fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds d'immobilisations : Fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge

d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Classification des activités

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

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

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

- Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;
- Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont

précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on se réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Note 3 - AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289 du AS-471.

Note 4 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 10 septembre 2014.

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) sont celles relatives au fonds d'exploitation adoptées par le conseil d'administration le 10 septembre 2014.

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

P. 358, l. 2 : Variation de 26 %

Les revenus du gouvernement Fédéral proviennent maintenant de deux sources différentes alors qu'auparavant, ils apparaissaient regroupés. Ce changement provoque une variation de 26 %.

P. 358, l. 20 : Variation de 15 %

Les frais d'entretien et de réparation ont augmenté dus à des bris majeurs de certains équipements, notamment les ascenseurs.

P. 358, l. 21 : Variation – 185 %

L'augmentation de la dépense de créances douteuses démontre une diminution des recouvrements de certains comptes à recevoir en souffrance. Cette constatation a amené l'établissement à ajuster le risque relié à la perception de ces comptes.

P. 200, l. 5 : Variation de 39 %

Les dons sont engagés mais seront versés ultérieurement lorsque les achats ou travaux seront complétés. La diminution des revenus est en lien avec ces éléments.

P. 200, l. 23 : Variation de 29 %

La variation de la dépense d'amortissement est directement liée aux achats d'équipements et aux travaux prévus dans l'année 2014-2015 en sus de la structure existante. Au moment de préparer le budget, certaines acquisitions importantes étaient prévues et ne se sont pas matérialisées suite à la mise en place de la Loi 10.

P. 200, l. 29 :

La variation du résultat de l'exercice 2014-2015 s'explique par un déficit des activités du fonds d'exploitation de (1 374 988) \$ et d'un surplus du fonds d'immobilisations de 315 792 \$.

NOTE 5 - Passif environnemental

L'établissement détient un terrain nécessitant des travaux de réhabilitation dont la totalité ou une partie sera subventionnée par le gouvernement du Québec. Toutefois, en date du 31 mars 2015, l'établissement ne peut estimer le coût des travaux éventuels.

NOTE 6- Dettes à long terme

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur de 11 031 146 \$, au taux effectif de 2,3352 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement par versement de capital de 481 720 \$, échéant en décembre 2018.	10 549 426 \$	11 031 146 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur de 3 095 543 \$, au taux effectif de 1,9991 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement par versement de capital de 171 975 \$, échéant en décembre 2018.	2 923 569 \$	3 095 543 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur de 3 823 728 \$, au taux effectif de 2,1094 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement par versement de capital de 191 186 \$, échéant en août 2019.	3 823 728 \$	0 \$

Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur de 8 154 101 \$, au taux effectif de 2,944 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement par versement de capital de 326 164 \$, échéant en septembre 2024.	8 154 101 \$	0 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 394 019 \$, au taux effectif de 2,70 % l'an, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement par versement de capital de 174 252 \$, échéant en septembre 2022.	1 394 019 \$	0 \$
Billet à terme, contracté auprès de Financement-Québec, au taux effectif de 7,875 %	0 \$	1 515 204 \$
Sous-total :	26 844 843 \$	15 641 893 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec, d'une valeur de 4 779 660 \$, au taux effectif de 3,047 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement par versement de capital de 191 186 \$, échéant en juin 2014.	0 \$	4 014 915 \$

Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec, d'une valeur de 14 853 969 \$, au taux effectif de 3,131 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement par versement de capital de 1 054 558 \$, échéant en juin 2016.	9 581 180 \$	10 635 738 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec, d'une valeur de 7 721 422 \$, au taux effectif de 2,8745 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement par versement de capital de 308 857 \$, échéant en décembre 2016.	6 485 994 \$	6 794 851 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec, d'une valeur de 11 934 408 \$, au taux effectif de 3,157 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement par versement de capital de 518 439 \$, échéant en janvier 2023.	10 379 091 \$	10 897 530 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec, d'une valeur de 558 408 \$, au taux effectif de 2,479 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement par versement de capital de 79 773 \$, échéant en mars 2019.	319 090 \$	398 863 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec, d'une valeur de 7 142 996 \$, au taux effectif de 2,489 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement par versement de capital de 305 715 \$, échéant en décembre 2019.	6 531 567 \$	6 837 281 \$
Sous-total :	33 296 922 \$	39 579 178 \$
Billet à terme, d'une valeur de 2 241 461 \$, au taux effectif de 1,878 %, garanti par l'établissement, remboursable mensuellement par versement de capital de 39 324 \$, échéant en mars 2018.	1 415 660 \$	1 887 546 \$
Total:	61 557 425 \$	57 108 616 \$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

2015-2016	4 084 525 \$
2016-2017	4 084 525 \$
2017-2018	4 084 525 \$
2018-2019	3 612 639 \$
2019-2020	3 532 866 \$
2020-2021 et subséquents	42 158 345 \$
Total	61 557 425 \$

NOTE 7 – Opérations entre apparentés (nature, montant, méthode)

Le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord détient des intérêts économiques dans la Fondation du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

Cette fondation a pour but de recueillir des fonds nécessaires à l'achat d'équipements et de venir en aide moralement, socialement et monétairement aux usagers et aux personnes nécessiteuses.

Au cours de l'exercice, l'établissement a reçu des dons totalisant 137 184 \$ en 2014-2015 de la Fondation.

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600. L'agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du AS-471.

NOTE 8 – Maintien à 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* (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale (voir Note 4).

Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des*

services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.

Le déficit du fonds d'exploitation provient de l'enregistrement des indemnités de départ reliées à l'application de la Loi 10. Le tableau ci-dessous résume l'explication :

Surplus avant application de la Loi 10	10 608 \$
Indemnités de départ suite à l'application de la Loi 10	(1 385 596) \$
Déficit après indemnités de départ	(1 374 988) \$

NOTE 9 – Informations complémentaires aux risques financiers

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

- L'établissement ne détient pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisées selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

Risque de crédit

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

Le risque de crédit relatif à l'encaisse est considéré comme négligeable puisqu'elle est détenue dans une institution financière reconnue dont la notation externe de crédit est de bonne qualité.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	1 875 181 \$	998 738 \$
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	447 353 \$	409 053 \$
De 30 à 59 jours	358 419 \$	306 002 \$
De 60 à 89 jours	83 155 \$	(37 293) \$
De 90 jours et plus	997 533 \$	1 233 142 \$
Sous-total	1 886 460 \$	1 910 903 \$
Provision pour créances douteuses	875 811 \$	784 700 \$
Sous-total	1 010 649 \$	1 126 203 \$
Total des autres débiteurs	2 885 830 \$	2 124 940 \$

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses	784 700 \$	374 688 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	90 278 \$	403 043 \$
Montants recouvrés - Inclus dans la perte de valeur	833 \$	6 969 \$
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	875 811 \$	784 700 \$

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

Risque de liquidité

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

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en

surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme et aux emprunts temporaires est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	16 019 050 \$	16 306 891 \$
De 6 mois à 1 an	3 031 \$	17 471 \$
De 1 à 3	89 024 \$	77 863 \$
De 3 à 5 ans	26 023 \$	
De plus de 5 ans		
Total des autres créditeurs	16 137 128 \$	16 402 225 \$

Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose du risque de taux d'intérêt.

Risque de taux d'intérêt

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

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	1 846 943 \$	4 280 339 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées	3 185 783 \$	3 865 199 \$
Dettes à long terme	60 141 766 \$	55 221 072 \$
Dette à long terme - Projet autofinancé	1 415 659 \$	1 887 546 \$

Les emprunts temporaires totalisent 1 846 943 \$, et porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,30 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Le montant des avances de fonds en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 63 327 549 \$. Les intérêts à taux variable sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Une somme de 1 415 659 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables et ne sont pas pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

NOTE 11 – Chiffres comparatifs

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

NOTE 12 – Bien détenus en fiducie

À titre de fiduciaire, l'établissement administre des sommes d'argent au profit du bénéficiaire.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 de l'AS-471.

Description sommaire du contrat (biens, travaux de construction, services)	Mode de sollicitation	Numéro (Appel d'offres, contrat)	Fournisseur	Montant avant taxes	Autorisation du comité de vérification contrat > 100 000\$	Autorisation du conseil d'admin. contrat > 100 000\$	Autorisation DG contrat > 25 000\$	Reddition Secrétariat Conseil du Trésor (Autor. DG) # réf.	Reddition adjudication SEAO > 25 000\$ # réf.	Début du contrat	Fin du contrat	Durée du contrat incluant renouv.	Responsable du dossier	Information complémentaire
Renouvellement applications Logibec (SQL Binaire, eClinibase, Clinibase, Clinibase CI, Clinibase Siurge, Med-Echo Plus, Sield)	Gré à gré (Note 2)	4116S01347	Logibec	176 003,07 \$	12-03-2014	25-03-2014	07-04-2014	N/A	761871	01-04-2014	31-03-2015	12 mois	Marc Bélisle	
Renouvellement du contrat Omnitech Labs	Gré à gré (Note 2)	4116S01361	Omnitech Labs	101 766,50 \$	12-03-2014	25-03-2014	18-04-2014	N/A	764376	01-04-2014	31-03-2015	12 mois	Marc Bélisle	
Montant pour affranchisseuse (timbres-poste)	Gré à gré (Note 1)	4500688158	Digital Postage on call	90 000,00 \$	N/A	N/A	16-04-2014	N/A	764415	16-04-2014	31-03-2015	12 mois	Marc Belisle	
Renouvellement logiciel Infor (interface Sybase)	Gré à gré (Note 1)	4116S01362	Infor Canada Ltd.	25 013,91 \$	N/A	N/A	18-04-2014	N/A	764395	01-04-2014	31-03-2015	12 mois	Marc Belisle	
Licence archivage inteface HL7 WAV	Gré à gré (Note1)	4116S01358	Soft informatique	77 990,00 \$	N/A	N/A	17-04-2014	N/A	764390	01-06=2014	31-05-2014	12 mois	Marc Belisle	
Prolongation du contrat Champs et ensembles personnalisés au CH Fleury	Prolongation contrat (Note 4)	LGA0000120	Cardinal Health	729 683,37 \$	05-05-2014	06-05-2014	06-05-2014	17030	N/A	01-01-2014	31-12-2014	12 mois prol.	Reine Leblanc	Période de prolongation seulement
Entretien des pelouses, fleurs et arbuste	Appel d'offres sur invitation (Note 3)	AM-N-14-15-01 4116S01369	Embellissement Nicky et fils	55 147,32 \$	N/A	N/A	15-05-2014	N/A	747083	09-05-2014	15-11-2017	36 mois	Micheline Gaudreau	
Renouvellement du contrat NWD Microage - Support pour l'ensemble des serveurs du CSSS	Appel d'offres sur invitation (Note 3)	4116S01380	NWD Microage	38 096,00 \$	N/A	N/A	02-06-2014	N/A	786282	01-06-2014	31-05-2015	12 mois	Marc Bélisle	
Service de transcription médicale	Appel d'offres public (3)	AM-N-14-15-03 4116S01373	Archi-medic inc.	108 000,00 \$	12-06-2014	10-09-2014	16-09-2014	N/A	753760	21-09-2014	20-09-2017	36 mois	Françoise Neveu	
Implantation du système financier Espresso GRF/GRM	Appel d'offres public (3) Regroupement d'achats	4116S01379	Logibec	268 761,00 \$	12-06-2014	17-06-2014	05-05-2014	Par le mandataire	696951	01-12-2015	30-11-2020	5 ans	Diane Brière	
Acquisition du système financier Espresso GRF/GRM	Appel d'offres public (3) Regroupement d'achats	4116S01378	Logibec	1 919 653,00 \$	12-06-2014	17-06-2014	05-05-2014	Par le mandataire	696951	01-12-2015	30-11-2030	15 ans	Diane Brière	Entente de 5 ans, plus le renouvellement possible de 2 x 5 ans.
Réaménagement de la rampe extérieure - entrée principale Centre d'hébergement Paul-Lizotte LI-12-02	Appel d'offres sur invitation (Note 6)	AM-N-14-15-05	C. Gera	78 435,00 \$	N/A	N/A	Autorisation DSTI - de 100 000\$	N/A	786304	27-05-2014	18-07-2014	N/A	Micheline Gaudreau	
Réaménagement du rez-chaussée - travaux préparatoires CLSC d'Ahuntsic AH-12-01	Appel d'offres sur invitation (Note 6)	AM-N-14-15-08	Ardec construction	98 300,00 \$	N/A	N/A	Autorisation DSTI - de 100 000\$	N/A	786295	27-05-2014	18-07-2014	N/A	Micheline Gaudreau	
Remplacement des unités de ventilation au toit CLSC d'Ahuntsic	Appel d'offres sur invitation (Note 6)	AM-N-14-15-09	EPM Mécanic	74 326,00 \$	N/A	N/A	Autorisation DSTI - de 100 000\$	N/A	777585	03-06-2014	03-07-2014	N/A	Micheline Gaudreau	
Ressource technicien niveau 3	Appel d'offres sur invitation (4)	4116S01259	Cosior	17 640,00 \$	N/A	N/A	06-06-2014	17029	736870	22-07-2013	30-04-2014	9 mois	Marc Bélisle	Augmentation de 19% par rapport au contrat initial de 90 720\$
Soutien progiciel Gespharx8	Gré à gré (Note1)	4116S01386	CGSI@ Solutions TI inc.	53 520,23 \$	N/A	N/A	04-07-2014	N/A	806172	01-08-2014	31-07-2015	12 mois	Marc Belisle	
Licence UP to date pour médecins	Gré à gré (Note1)	4116S01398	Wolters Kluwer	44 819,00 \$	N/A	N/A	21-08-2014	N/A	806184	01-07-2014	30-06-2015	12 mois	Marc Belisle	
Réaménagement rez de chaussé CLSC Ahuntsic	Appel d'offres public (3)	AM-N-14-15-06	Construction Gesmo	334 450,00 \$	12-06-2014	17- 06-2014	15-09-2014	N/A	759261	23-05-2014	23-06-2015	N/A	Micheline Gaudreau	
Renouvellement du contrat de service équipements Toshiba	Gré à gré (Note1)	4116S01407	Toshiba du Canada	47 331,00 \$	N/A	N/A	10-10-2014	N/A	826127	01-07-2014	30-06-2015	12 mois	Marc Belisle	

Description sommaire du contrat (biens, travaux de construction, services)	Mode de sollicitation	Numéro (Appel d'offres, contrat)	Fournisseur	Montant avant taxes	Autorisation du comité de vérification contrat > 100 000\$	Autorisation du conseil d'admin. contrat > 100 000\$	Autorisation DG contrat > 25 000\$	Reddition Secrétariat Conseil du Trésor (Autor. DG) # réf.	Reddition adjudication SEO > 25 000\$ # réf.	Début du contrat	Fin du contrat	Durée du contrat incluant renouv.	Responsable du dossier	Information complémentaire
Salle de radiographie (équipement)	Appel d'offres public (3) Regroupement d'achats	41G8001691	Philips Médical Systems	390 000,00 \$	N/A	N/A	15-09-2014	N/A	N/A	23-09-2014	23-09-2014	N/A	Sylvain Pomerleau	
Tubes à prélèvements BD pour laboratoire CH Fleury	Gré à gré (Note1)	LGA0001049	Stevens supplies	45 587,57 \$	N/A	N/A	16-10-2014	N/A	N/A	01-10-2014	30-09-2015	12 mois	Sylvain Pomerleau	
Chargé de projet en système d'information	Appel d'offres public (3)	AM-N-14-15-13	Asteria Technologie inc.	326 760,00 \$	04-09-2014	23-09-2014	08-10-2014	N/A	783512	22-12-2014	21-12-2015	36 mois	Marc Belisle	
Savons et distributeurs pour laveuses du CSSS	Appel d'offres sur invitation (Note 3)	LGA0001051	Vénus Multiligne	45 353,31	N/A	N/A	03-11-2014	N/A	837949	08-10-2014	07-08-2017	36 mois	Micheline Gaudreau / Claude Poirier	
Contrat de service sur équipement laboratoire	Gré à gré (Note 1)	4116S01423	Beckman Coulter canada	64 861,76	N/A	N/A	24-10-2014	N/A	829856	22-10-2014	31-10-2015	12 mois	Sylvain Pomerleau	
Réaménagement du de l'entrée du bloc opératoire	Appel d'offres sur invitation (Note 6)	AM-N-14-15-07	Construction Gesmo inc.	98 800,00 \$	N/A	N/A	Autorisation DSTI - de 100 000\$	N/A	848991	12-03-2014	31-10-2014	N/A	Micheline Gaudreau	
Étiquettes diverses pour le CSSSAMN	Appel d'offres sur invitation (Note 3)	LGA0001050	Trelco inc	42 791,00 \$	N/A	N/A	10-11-2014	N/A	837325	25-10-2014	20-10-2016	2 ANS	Stéphane Leclair	
Service pour l'injecteur relié au tomodensitomètre	Gré à gré (Note 1)	4116S01427	Bayer Healthcare	29 595,00 \$	N/A	N/A	09-12-2015	N/A	849991	14-11-2014	13-11-2017	24 mois	Sylvain Pomerleau	
Service pour tomodensitomètre	Gré à gré (Note 2)	4116S01426	Siemens Canada Ltée	262 340,00 \$	N/A	N/A	18-12-2014	N/A	850004	11-11-2014	10-11-2016	36 mois	Sylvain Pomerleau	
Transport par taxi A-5	Appel d'offres public (3 et 5)	AM-N-14-15-12	Taxi Hochelaga - Beaubien	70 659,77 \$	06-11-2014	25-11-2014	29-01-2015	25373	809608	01-01-2015	31-12-2020	5 ans	Diane Brière / Stéphane Leclair	
Transport par taxi A-11	Appel d'offres public (3 et 5)	AM-N-14-15-12	Boisjoly - Villeray Taxi	33 577,27 \$	06-11-2014	25-11-2014	29-01-2015	25375	809608	01-01-2015	31-12-2020	5 ans	Diane Brière / Stéphane Leclair	
Acquisition d'une valideuse de médicament PACVISION	Gré à gré (Note 2 et 3) Regroupement d'achat Agence SSSM	41G8001767	Mc Kesson	154 000,00 \$	N/A	N/A	14-01-2015	N/A	N/A	14-01-2014	14-01-2014	N/A	Sylvain Pomerleau	Projet SARDM
Remplacement des fenêtres du CH Paul-Lizotte	Appel d'offres public (3)	AM-N-14-15-16	Malo & Lacombe Construction	615 777,00 \$	15-01-2015	27-01-2015	11-03-2015	N/A	834426	20-02-2015	20-03-2015	N/A	Micheline Gaudreau	
Réfection du quai de réception - Légaré	Appel d'offres public (3)	AM-N-14-15-20	C. Gera	124 475,00 \$	15-01-2015	27-01-2015	27-01-2015	N/A	836335	15-04-2015	23-07-2015	N/A	Micheline Gaudreau	
Réfection des façades - Fleury	Appel d'offres public (3)	AM-N-14-15-21	St-Denis Thompson inc.	1 809 750,00 \$	15-01-2015	27-01-2015	27-01-2015	N/A	837842	19-03-2015	15-10-2015	N/A	Micheline Gaudreau	
Entretien des ascenseurs	Appel d'offres public (3)	AM-N-14-15-23	Ascenseur ThyssenKrupp	213 944,97 \$	15-01-2015	27-01-2015	18-02-2015	25367	847043	01-03-2015	29-02-2020	5 ans	Micheline Gaudreau	
Réfection du plancher du bloc E à Fleury	Appel d'offres sur invitation (Note 6)	AM-N-14-15-24	Construction Gesmo	65 000,00 \$	N/A	N/A	11-03-2015	N/A	889007	01-03-2015	31-05-2015	N/A	Micheline Gaudreau	
Modernisation des ascenseurs 1 et 2 au CH Fleury	Appel d'offres public (3)	AM-N-14-15-25	Ascenseur ThyssenKrupp	234 393,00 \$	15-01-2015	27-01-2015	26-02-2015	N/A	857528	26-02-2015	31-10-2015	N/A	Micheline Gaudreau	
Expansion SAN (Stockage de données)	Appel d'offres sur invitation (3)	41G8001759	Technologies Metafore	29 818,25 \$	N/A	N/A	27-01-2015	N/A	869382	27-01-2015	27-01-2015	N/A	Marc Belisle	

Description sommaire du contrat (biens, travaux de construction, services)	Mode de sollicitation	Numéro (Appel d'offres, contrat)	Fournisseur	Montant avant taxes	Autorisation du comité de vérification contrat > 100 000\$	Autorisation du conseil d'admin. contrat > 100 000\$	Autorisation DG contrat > 25 000\$	Reddition Secréariat Conseil du Trésor (Autor. DG) # réf.	Reddition adjudication SEAO > 25 000\$ # réf.	Début du contrat	Fin du contrat	Durée du contrat incluant renouv.	Responsable du dossier	Information complémentaire
Contrat de services professionnels	Gré à gré (3)	4116S01456	Dr Claude Gauthier	84 432,00 \$	N/A	N/A	07-01-2015	23655	861146	01-10-14	06-03-2015	N/A	Agnès Boussion	Prolongation de mandat
Contrat d'approvisionnement de réactifs pour labo	Appel d'offres sur invitation (3)	41G7000720	Dominion Biologicals LTD	47 820,00 \$	N/A	N/A	06-02-2015	N/A	869327	01-06-15	31-03-1018	3 ans	Sylvain Pomerleau	
Acquisition de lecteur code à barres	Gré à gré (1)	41G7000721	Logi-D inc	33 052,00 \$	N/A	N/A	18-02-2015	N/A	870133	N/A	N/A	N/A	Stéphane Leclair / Diane Brière	Implantation GRM
Retraitement des sondes Endovaginales	Appel d'offres sur invitation (3)	41G4000044	Christie Innomed	46 698,00 \$	N/A	N/A	18-02-2015	N/A	870130	01-06-2015	31-05-2018	3 ans	Sylvain Pomerleau	Normes d'agrément
Acquisition de serveurs (MAI)	Appel d'offres sur invitation (3)	41G8001793	Technologies Metafore	39 930,21 \$	N/A	N/A	22-02-2015	N/A	873642	N/A	N/A	N/A	Marc Belisle	
Interface logiciel Sybase	Gré à gré (1)	4116G01468	Infor Canada Ltd.	26 514,76 \$	N/A	N/A	06-03-2015	N/A	880948	01-04-2015	31-03-2016	1 an	Marc Belisle	
Acquisition d'équipement "Bilirubinomètre"	Appel d'offres sur invitation (3)	41G8001804	Drager Medical Canada	28 280,50 \$	N/A	N/A	30-03-2015	N/A	886290	N/A	N/A	N/A	Sylvie Lacroix	
Contrat de service entretien des équipements URDM	Appel d'offres sur invitation (3)	4116S01477	Stérimed	46 104,00 \$	N/A	N/A	23-03-2015	N/A	882633	01-04-2015	31-03-2016	N/A	Robert Samoisette/ Micheline gaudreau	
				9 349 250,77 \$										

Note 1- Un seul fournisseur possible pour un contrat de plus de 25 000\$ et de moins de 100 000\$ en application de l'article 14 LCOP.
Note 2- Un seul fournisseur possible en raison d'un droit de propriété ou d'un droit exclusif, pour un contrat de plus 100 000\$ en application de l'article 13,2 LCOP
Note 3- Contrat de plus de 25 000\$ demande une autorisation du DG en vertu de la politique d'achat.
Note 4- Modification à un contrat qui occasionne une dépense supplémentaire supérieure à 10% en application de l'article 17 LCOP.
Note 5- Conclusion d'un contrat de nature répétitive dont la durée prévue, incluant tout renouvellement est supérieure à 3 ans en application de l'article 46 LCOP
Note 6- Contrat de construction - de 100 000\$ est autorisé par le Directeur des services techniques et des immobilisations

9. Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, qui avait été adopté par le conseil d'administration le 12 décembre 2005, a fait l'objet d'une révision afin de tenir compte des nouvelles dispositions législatives. Il a été révisé et le conseil d'administration a adopté cette nouvelle version lors de sa séance du 10 mai 2012.

Préambule

Compte tenu de l'importance du rôle des administrateurs publics et de la confiance que doit avoir la population à leur égard, le présent code vise à établir des lignes directrices qui doivent être respectées par chacun des administrateurs du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) d'Achuntsic et Montréal-Nord. Une conduite respectueuse et conforme aux valeurs de l'établissement et aux normes et aux règles de déontologie demeure une préoccupation constante pour garantir à la population une gestion intégrée et de confiance des fonds publics.

I. Dispositions générales

1. Le présent code est adopté et appliqué conformément aux lois applicables et plus particulièrement conformément à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30).
2. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du présent code d'éthique et de déontologie aux membres du conseil d'administration et à toute personne qui en fait la demande.
3. L'établissement doit publier dans son rapport annuel le rapport du comité d'éthique et de déontologie (réf. : section VI — art. no 4 du présent code).
4. Ce code n'est pas une énumération exhaustive des règles de déontologie applicables aux administrateurs, mais constitue davantage des principes et des règles qui peuvent guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.
5. Ce code est adopté dans le but d'assurer l'intégrité de chaque administrateur et plus particulièrement, il vise à aider les administrateurs à agir avec un souci constant du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et de services sociaux dans le meilleur intérêt du CSSS et à engager les administrateurs à dénoncer tout intérêt personnel pouvant interférer dans leurs décisions à titre d'administrateurs.

II. Valeurs

Le présent code est applicable aux administrateurs du CSSS et reflète les valeurs que l'établissement préconise, notamment la compassion, l'altruisme, la dignité, l'engagement, le respect et de plus, la responsabilisation, la rigueur, la transparence et la cohérence.

III. Conduite

Intérêt de la population desservie

1. L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, agit dans l'intérêt de la population desservie et du CSSS. À cette fin, l'administrateur :

Primauté aux droits de la personne

- . 01 Est sensible aux besoins de la population et respecte les droits fondamentaux de la personne.

Efficacité des services

- . 02 Favorise la pertinence, la qualité et l'efficacité des services dispensés.

Efficiencia des ressources

- . 03 Favorise l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

Compétence des ressources humaines

- . 04 Favorise la participation, la motivation, la valorisation, le maintien des compétences et le développement des ressources humaines.

Solidarité

- . 05 Respecte la mission de l'État en matière sociosanitaire, tout en tenant compte de la solidarité à exercer envers le réseau de la santé et des services sociaux.

Soin, prudence, diligence et compétence

2. L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, agit avec soin, prudence, diligence et compétence. À cette fin, l'administrateur :

Disponibilité, participation active et neutralité

- . 01 Prend une part active aux décisions du conseil d'administration; il se renseigne avant de décider, intervient prudemment et au besoin, évite de prendre des décisions prématurées. Il se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible.

Discrétion et confidentialité

- . 02 Fait preuve de discrétion et garde confidentiels les faits, les débats et les renseignements dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Relations publiques

- . 03 Agit de façon courtoise et maintient des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

Réserves et retenues publiques

- . 04 Fait preuve de réserve, de respect et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Notamment, il doit à cet effet, transmettre fidèlement les orientations

générales du CSSS, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité du CSSS et de nos partenaires.

Honnêteté et loyauté

3. L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, agit avec honnêteté et loyauté. À cette fin, l'administrateur :

Intérêts de l'établissement et de la population

- . 01 Agit de bonne foi au mieux des intérêts du CSSS et de la population desservie.

Conflits de devoirs et d'intérêts

- . 02 Doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

- . 03 Sans limiter la généralité de l'article 15 du Règlement sur la régie interne, l'administrateur ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui, ni ne doit accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision ou qu'il va à l'encontre de l'intérêt public.

- . 04 Doit éviter de se placer en situation de conflits d'intérêts, c'est-à-dire qu'ayant l'obligation d'agir dans le meilleur intérêt du CSSS et de sa fonction, il doit éviter d'être dans une situation, de quelque nature que ce soit, qui l'incite, pourrait l'inciter ou pourrait être perçue comme l'incitant à manquer à cette obligation pour agir dans son intérêt ou celui d'un tiers, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés, de même pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

- . 05 Dès qu'il constate qu'il est dans une situation de conflits d'intérêts, l'administrateur doit le déclarer sans omission, s'abstenir de voter sur toute question concernant cette situation et éviter d'influencer le vote s'y rapportant. Cependant, il peut transmettre de l'information sur la situation avant le début des discussions. À la demande du président ou du vice-président, s'il s'agit du président, il doit se retirer de la réunion pour la durée des discussions et de la prise de décision concernant cette situation. Son retrait doit être mentionné au procès-verbal de la réunion.

- . 06 Dès qu'il estime qu'il pourrait être en situation de conflits d'intérêts ou qu'il pourrait être perçu comme étant en situation de conflits d'intérêts, l'administrateur doit le déclarer. Les autres administrateurs du conseil discutent de la situation et statuent sur la position à adopter. Ils peuvent lui demander de se retirer pour la durée des discussions et de la prise de décision concernant cette situation, imposer des limites à sa participation aux discussions et à la prise de décision concernant cette situation ou conclure qu'il peut continuer à participer à la réunion.

La déclaration de la situation de conflits d'intérêts, la décision rendue à son égard et sa justification doivent être mentionnées au procès-verbal de la réunion.

. 07 Notamment, un administrateur, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil du CSSS doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée par le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause n'est pas un initié de cette personne morale au sens de la Loi sur les valeurs mobilières du Québec.

IV. Rémunération

1. L'administrateur et le directeur général, lorsqu'il agit comme administrateur, ne reçoivent aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions.
2. L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.
3. L'administrateur ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.
4. L'administrateur doit, dans la prise de sa décision, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.

V. Après la fin du mandat

L'administrateur, après la fin de son mandat, agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté. À cette fin, l'administrateur :

Avantages indus

1. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

Opération d'initié

2. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie, et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

Information privilégiée

3. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.

Diffamation de l'établissement

4. Évite de ternir la réputation du CSSS et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

VI. Mécanismes d'application du code

1. Tout manquement ou omission au présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au code en saisit le président du conseil ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président.
3. Tout le processus doit être confidentiel et protéger l'anonymat du plaignant.
4. L'application du présent code au sein du conseil d'administration est confiée à un comité d'éthique et de déontologie, composé de trois (3) membres du conseil d'administration dont le président qui siège d'office ou à défaut, le vice-président, et de deux (2) autres membres nommés par le conseil d'administration. Le conseil d'administration nomme, au besoin, un membre suppléant ou supplémentaire, possédant des connaissances en éthique. Le président ou le vice-président ne peut être membre du comité s'il est en cause.
5. Le comité d'éthique et de déontologie peut rejeter sur examen sommaire toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.
6. Le comité d'éthique et de déontologie est maître de la preuve et de la procédure et détermine les moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence, tout en respectant les règles de justice naturelle.
7. Le président ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président informe l'administrateur visé qu'une enquête est tenue à son sujet et notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente (30) jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.
8. Lorsque le comité d'éthique et de déontologie en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi, le règlement ou le présent code, ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au président ou, s'il s'agit de ce dernier, au vice-président un rapport contenant un sommaire de l'enquête et recommande une sanction. Ce rapport est confidentiel.
9. Le président ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président convoque le conseil d'administration qui se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut se faire entendre avant que la décision soit prise.
10. Selon la nature ou la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge.
11. L'administrateur est informé par écrit de la sanction qui lui est imposée.

Pour l'exercice 2014-2015 :

- Aucun signalement n'a été reçu concernant un membre du conseil d'administration.
- Aucun cas n'a été traité.
- Aucune sanction n'a été imposée.
- Aucun administrateur n'a été suspendu ou déchu de ses charges.

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

Québec 